

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

DUŠANKA ZAIĆ

Izola, 2013

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**DOŽIVLJANJA ŽENSK OB GINEKOLOŠKEM
PREGLEDU**

**WOMEN'S EXPERIENCES DURING GYNECOLOGICAL
EXAMINATION**

Študent: DUŠANKA ZAIČ

Mentor: mag. MIRKO PROSEN, viš. pred.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2013

KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	V
POVZETEK.....	VI
ABSTRACT	VIII
1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA.....	3
2.1 Moč vaginalne spekule skozi zgodovino.....	3
2.2 Sodobnost ginekoloških pregledov	6
2.2.1 Ginekološki pregled.....	9
2.3 Ginekološki pregled gibalno oviranih žensk	13
2.4 Doživljanja in izkušnje žensk ob ginekološkem pregledu	14
2.5 Pristop, naloge in emocionalno delo medicinske sestre	17
2.5.1 Emocionalno delo medicinske sestre.....	20
3 METODE DELA.....	22
3.1 Namen, cilj in raziskovalne hipoteze	22
3.2 Vzorec	22
3.3 Pripomočki in merski inštrumenti	22
3.4 Potek raziskave.....	23
3.5 Obdelava podatkov	23
3.6 Pilotna študija	25
4 REZULTATI	26
4.1 Demografski podatki	26
4.2 Ginekološki pregled	29
4.3 Mnenja in razmišljanja anketirank	44
4.4 Statistična analiza	48
4.4.1 Vpliv demografskih dejavnikov na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom.....	48
4.4.2 Vpliv medicinske sestre na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom	53
5 Razprava	55

6	Zaključek	59
7	Literatura	61
	PRILOGE	65

KAZALO SLIK

Slika 1: Ginekološki pregled v preteklosti – stoje	4
Slika 2: Ginekološki pregled v preteklosti – leže	5
Slika 3: Sodobni ginekološki preiskovalni stol	6
Slika 4: Spekule različnih velikosti	7
Slika 5: Preiskava v zrcalih	10
Slika 6: Vagino-abdominalna preiskava.....	11
Slika 7: Rekto-abdominalna preiskava	12
Slika 8: Rekto-vaginalna preiskava	12
Slika 9: Starost anketiranih.....	26
Slika 10: Bivalno okolje anketiranih	27
Slika 11: Socialni status anketiranih.....	27
Slika 12: Stopnja izobrazbe anketiranih	28
Slika 13: Zadnji obisk pri ginekologu/ginekologinji.....	29
Slika 14: Izbrani osebni ginekolog/ginekologinja	30
Slika 15: Spol izbranega ginekologa/ginekologinje	30
Slika 16: Razlogi za izbiro ginekologa/ginekologinjo	31
Slika 17: Pod možnost "drugo" navedeni razlogi za izbiro ginekologa/ginekologinje	32
Slika 18: Zagotovljena slačilnica v ginekološki ambulanti	33
Slika 19: Anketiranke motijo hladni preiskovalni instrumenti.....	33
Slika 20: Ob pojavu bolečine med ginekološkim pregledom ginekolog/ginekologinja preneha s preiskavo	34
Slika 21: Anketiranke so vsakič seznanjene s potekom samega ginekološkega pregleda ..	35
Slika 22: Informacije o poteku ginekološkega pregleda	35
Slika 23: Stopnja nelagodja med ginekološkim pregledom	37
Slika 24: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom.....	38
Slika 25: Med anketirankami in njihovim izbranim ginekologom/ginekologinjo vlada zaupanje, ki ga vzdržujejo na različne načine	39
Slika 26: Medicinska sestra spoštuje zasebnost in varovanje osebnih podatkov	40
Slika 27: Počutje anketirank, ko medicinska sestra ne upošteva zasebnosti in varovanja osebnih podatkov	41

Slika 28: Medicinska sestra sama opazi zaskrbljenost anketirank in jih vpraša o počutju, medtem ko čakajo	42
Slika 29: Medicinska sestra nudi anketirankam zadostno podporo tako, da zmanjša njihov strah pred ginekološkim pregledom	43
Slika 30: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom glede na bivalno okolje	
Slika 31: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom glede na izobrazbo (povprečje).....	52

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Starost anketiranih	26
Preglednica 2: Stopnja nelagodja med ginekološkim pregledom.....	36
Preglednica 3: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom.....	37
Preglednica 4: Pearsonov korelacijski koeficient povezanosti starosti s stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom	49
Preglednica 5: T-test za neodvisne vzorce za primerjavo stopnje nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnje zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom s tistimi ženskami, ki živijo v urbanem okolju in tistimi, ki živijo na podežlju.....	50
Preglednica 6: Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti stopnje izobrazbe s stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom	51
Preglednica 7: T-test za neodvisne vzorce za primerjavo stopnje nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnje zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom med anketirankami, pri katerih medicinska sestra opazi njihovo zaskrbljenost in jih vpraša po počutju in med tistimi, ki jih ne.....	54

POVZETEK

Namen diplomske naloge je s pregledom strokovne literature predstaviti zgodovino ginekološkega pregleda, kako poteka sodobni ginekološki pregled in katere vrste ginekoloških pregledov poznamo. Poleg tega je bilo s pregledom literature v Virtualni knjižnici Slovenije (COBIB) ugotovljeno, da na tem področju ni opravljenih raziskav v slovenskem prostoru. V okviru tega je bila narejena raziskava, katere cilj je bil ugotoviti, kako ženske doživljajo ginekološki pregled, kako na to vplivajo demografski dejavniki ter kako lahko medicinske sestre pripomoremo k zmanjšanju nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom. V ta namen so bile postavljene naslednje hipoteze:

- *Hipoteza 1:* Demografske značilnosti žensk vplivajo na doživljanje ginekološkega pregleda.
- *Hipoteza 2:* Medicinske sestre pomembno prispevajo k zmanjšanju nelagodja in zaskrbljenosti pred in med ginekološkim pregledom.

Empirični del temelji na kvantitativni metodologiji. Anketni vprašalnik je bil narejen s pomočjo spletnega orodja "1KA". Sestavljen je bil iz 17 vprašanj. Objavljen je bil na spletnih forumih www.medover.net, www.bibaleze.si in www.ringaraja.net. Dostop do vprašalnika je bil objavljen tudi na socialnem omrežju www.facebook.com. Raziskava je bila anonimna in prostovoljna, omejena samo na ženske. Potekala je štiri tedne od junija do julija 2013.

Rezultati raziskave so pokazali, da so demografski dejavniki (natančneje bivalno okolje in izobrazba) pomemben dejavnik pri doživljanju ginekološkega pregleda. Ženske, ki živijo na podeželju, doživljajo višjo stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred približujočim se ginekološkim pregledom kot ženske, ki živijo v urbanem okolju. Enako je pri ženskah, ki imajo nižjo izobrazbo. Ugotavljamo tudi, da bi medicinske sestre lahko s svojim pozitivnim odnosom in vedenjem pripomogle k boljšemu počutju med ginekološkim pregledom in tako preprečile, da bi bile ženske zaskrbljene in prestrašene, ko bi prišle na naslednji ginekološki pregled. Največ informacij o poteku ginekološkega pregleda dobijo ženske od ginekologa oziroma ginekologinje (86,6 %) in manjši delež (3,4 %) od medicinske sestre.

Ključne besede: ginekološki pregled, doživljanje, medicinska sestra, emocionalno delo, empatija.

ABSTRACT

The purpose of the diploma thesis has been to present history of the gynaecological examination with modern literature overview, how the modern gynaecological examination is done, and which are the sorts of it. When examining the literature in the Virtual Library Slovenia (COBIB), we have found out that there has not been any research done at the area in Slovenia. The research has been done where the goal has been to find out how women experience the gynaecological examination, how demographic factors influence it, and how nurses can help to lower uneasiness and fear before and during the gynaecological examination. There have been the following hypotheses stated:

Hypothesis 1: Demographic features influence the experience of the gynaecological examination.

Hypothesis 2: Nurses are important when lowering uneasiness and concern before and during the gynaecological examination.

The empirical part is based on quantitative methodology. The questionnaire has been done with web tool "1KA". It has been formed with 17 questions. It has been published on the on-line forums www.medover.net, www.bibaleze.si and www.ringaraja.net. Access to the questionnaire has also been published on the social network www.facebook.com. The research has been anonymous and people participated voluntarily in four weeks from June to July 2013.

The results of the research have shown that the demographic factors (in particular the environment of living and education) are important when experiencing the gynaecological examination. Women who live in the countryside experience higher level of anxiety and fear due to the coming gynaecological examination than women who live in the urban environment. It is the same with women with lower education. We have also noticed that nurses could aid to better well-being during the gynaecological examination with their positive attitude and relationship and therefore prevent fear and anxiety of women coming to the next examination.

The most information about the gynaecological examination women get from the gynaecologist (86.6 %) and a smaller part (3.4 %) from the nurse.

Key words: gynaecological examination, experience, a nurse, emotional work, empathy.

1 UVOD

V preteklosti so imele medicinske sestre pomembno vlogo med ginekološkim pregledom, saj so s svojo prisotnostjo med ginekološkim pregledom ženskam predstavljale zagotovilo in varnost, zdravnikom pa zaščito pred morebitnimi obtožbami žensk (1). Čeprav živimo v moderni dobi in so številni tabuji že preteklost, ostaja ginekološki pregled za ženske tema, o kateri nerade govorijo in jim velikokrat povzroča napetost ali nelagodje, nekatere je celo sram. Da je ženske strah ginekološkega pregleda, pa slišimo pogosto, saj so ženske tudi danes neinformirane o tem, kako naj bi ginekološki pregled potekal in kaj zajema, strah jih je bolečine in jih je sram (2). Ker smo ljudje različni in dogodki različno vplivajo na nas, je pomembno, da se zavedamo, da tisto, kar nam ne povzroča skrbi, lahko povzroča skrbi komu drugemu. Zato tisto, kar bi pripomoglo k zmanjšanju strahu, napetosti ali nelagodja pred, med ali po ginekološkem pregledu, ostaja neznanka, lahko pa tako počutje omilimo oziroma zmanjšamo s pravim načinom komunikacije in podporo, ki jo kot medicinske sestre lahko nudimo ženski, ki pride na ginekološki pregled. Da lahko ginekološki pregled izvedemo, je najbolj pomembno, da se ženska strinja z ginekološkim pregledom (3). Pomembno je tudi, da medicinska sestra in ginekolog oziroma ginekologinja govorita umirjeno in pazita na rabo ter izgovarjavo besed (4).

Danes je sodoben ginekološki pregled sestavljen iz anamneze, splošne preiskave, preiskave dojk in trebuha, preiskave zunanjega spolovila, preiskave v zrcalih ter notranje ginekološke preiskave. Prisotni morata biti tudi fizična in psihična priprava pacientke na sam pregled. Ginekološke preglede delimo na periodične, diagnostične in terapevtske, zato moramo medicinske sestre vedeti, za kateri pregled gre, da lahko ustrezno in pravilno pripravimo instrumente (5). V nekaterih državah po svetu bimanualna ginekološka preiskava ni sestavni del periodičnega ginekološkega pregleda, temveč se jo uporablja le pri tistih ženskah, kjer mislijo, da je le-ta potrebna (6). Pri prvem ginekološkem pregledu je poudarek na tem, da ginekolog in medicinska sestra razložita in pokažeta čisto vse, kar se bo dogajalo in kako bo potekalo ter da omogočita ženskam, da postavijo vprašanja in na njih tudi odgovorita (7). Pozorni moramo biti, ko pridejo na ginekološki pregled gibalno ovirane ženske, saj se velikokrat srečajo z ovirami, kot so težko dostopne ali nedostopne ambulate, fizično nedostopne preiskovalne mize, neprilagojeni preiskovalni instrumenti,

ena izmed najpomembnejših ovir pa je, da ginekologi in medicinske sestre niso dovolj poučeni o boleznih ali poškodbah, ki jih imajo gibalno ovirane ženske, kar se odraža kot pomanjkanje gotovosti v komunikaciji in dejanjih, kar lahko naredi ginekološki pregled še bolj neprijeten (8).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Moč vaginalne spekule skozi zgodovino

»Vaginalna spekula je pomenila za bolezni maternice tisto, kar pomeni tisk za civilizacijo, kar pomeni kompas za mornarje, kar je pomenila para za parnik, kar pomeni teleskop za astronomijo«
(1).

S tem stavkom je Baldwin leta 1884 opisal pomen vaginalne spekule, ki jo ima v porodništvu in ginekologiji ter v skrbi za reproduktivno zdravje žensk. Uporaba spekule se je z leti zelo spreminjala, še bolj pa se je spreminjalo mnenje in doživljanje žensk ob ginekološkem pregledu. Lahko rečemo, da je vaginalna spekula eden izmed najstarejših inštrumentov v porodništvu in ginekologiji ter eden tistih, ki je poskrbel, da so mnenja o njegovi uporabi glasno odmevala skozi zgodovino. Za žensko spekula ni bila le preiskovalni inštrument, pomenila je nekakšno grožnjo za odkritje morebitnih boleznih in je zato v njih vzbujala strah (1). Da je ženske strah ginekološkega pregleda, pa slišimo pogosto, saj so ženske tudi danes neinformirane o tem, kako naj bi pregled potekal in kaj zajema, strah jih je bolečine in jih je sram (2).

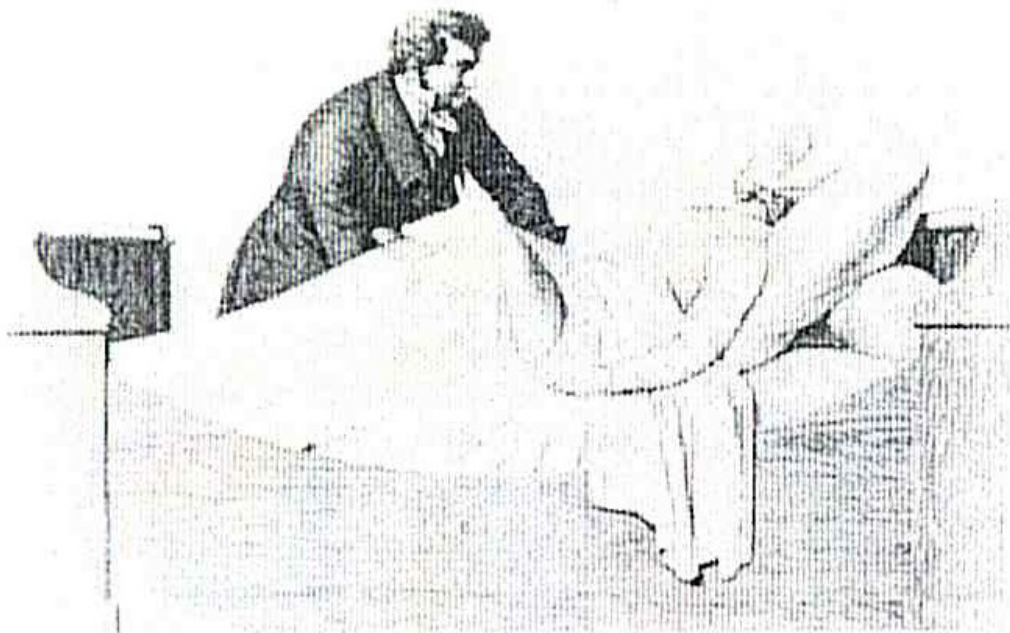
V preteklosti so imele pomembno vlogo pri ginekološkem pregledu žensk medicinske sestre, saj so bile zadolžene, da je bila ženska nameščena v pravi položaj za preiskavo, da so zdravniku podale čisto vaginalno spekulo, da so med pregledom ohranjale spekulo v pravilnem položaju, da je zdravnik lahko izvajal pregled. Ključno vlogo pa so medicinske sestre predstavljale s svojo prisotnostjo med ginekološkim pregledom. Ženski so predstavljale zagotovilo in varnost, zdravniki pa so želeli biti zaščiteni pred obtožbami žensk, če bi le-te zamenjale ginekološki pregled za spolno srečanje in bi jim z obtožbami lahko uničile ugled (1).

Enako kot sodobne preiskovalne metode, ki odpirajo etična in moralna vprašanja, je bila tudi spekula povod za iskanje odgovorov na ta vprašanja. Izogibali so se kakršnem koli telesnem kontaktu in do diagnoze so poskušali priti le z opisi simptomov in na podlagi znakov ter s palpacijo abdomna. Spekulo so uporabljali le občasno. Tako je bilo vse do

začetka 20. stoletja, ko je vaginalna spekula postala sestavni del ginekološkega pregleda. Ženske so pregledovali stoje (Slika 1) ali leže (Slika 2). Bile so oblečene v dolga, široka krila, da tisti, ki jih je pregledoval, ni mogel videti njihovih intimnih predelov. Oči zdravnika so morale biti obrnjene stran od nje oziroma je ženska s svojimi očmi neprestano gledala v oči zdravnika, ta pa ni smel pogledati nikamor drugam, saj bi to pomenilo, da je želel videti njene intimne predele, kar bi lahko zelo ogrozilo njegovo kariero.



Slika 1: Ginekološki pregled v preteklosti – stoje (1)



Slika 2: Ginekološki pregled v preteklosti – leže (1)

Kasneje spekulo niso uporabljali le za preglede, temveč tudi za zdravljenje, saj so z njeno pomočjo vstavljali zdravila do materničnega vratu. Vaginalna spekula je privedla zdravnike do telesnega stika med pregledi, saj so pred tem bili mnenja, da je to ponižujoče in odvratno. Vedno več so uporabljali dotik kot preiskovalno orodje in nekateri so se bali, da bi spekula privedla do izgube občutka v rokah in so zato raje prakticirali digitalni ginekološki pregled. Tako so se trla mnenja, kaj je bolje uporabljati (spekulo ali digitalni pregled) in kaj je bolj korektno. Mnenja so se prepletala in tepla med seboj, razvoj pa je hitel naprej. V začetku 20. stoletja je spekula skupaj z drugimi ginekološko-porodniškimi inštrumenti (kot so npr. porodne klešče) privedla do ločitve specialistov ginekologije in porodništva od splošnih zdravnikov in babic. Tako je vaginalna spekula pripeljala ginekologijo in porodništvo do veje medicine, kot jo poznamo danes, operativno in na svoj način spektakularno, fokusirano le na ženske reproduktivne organe (1).

Medicinske sestre so imele ključno vlogo pri izobraževanju žensk o pravilni uporabi spekul in o ginekološkem pregledu. S pomočjo ogledal, spekul in drugih naprav so ženskam poskušale olajšati razumevanje lastnega telesa in, kar je najbolj pomembno, s tem

zmanjšati strah in nelagodje, ki je pri ženskah med ginekološkim pregledom prisotno še danes (1).

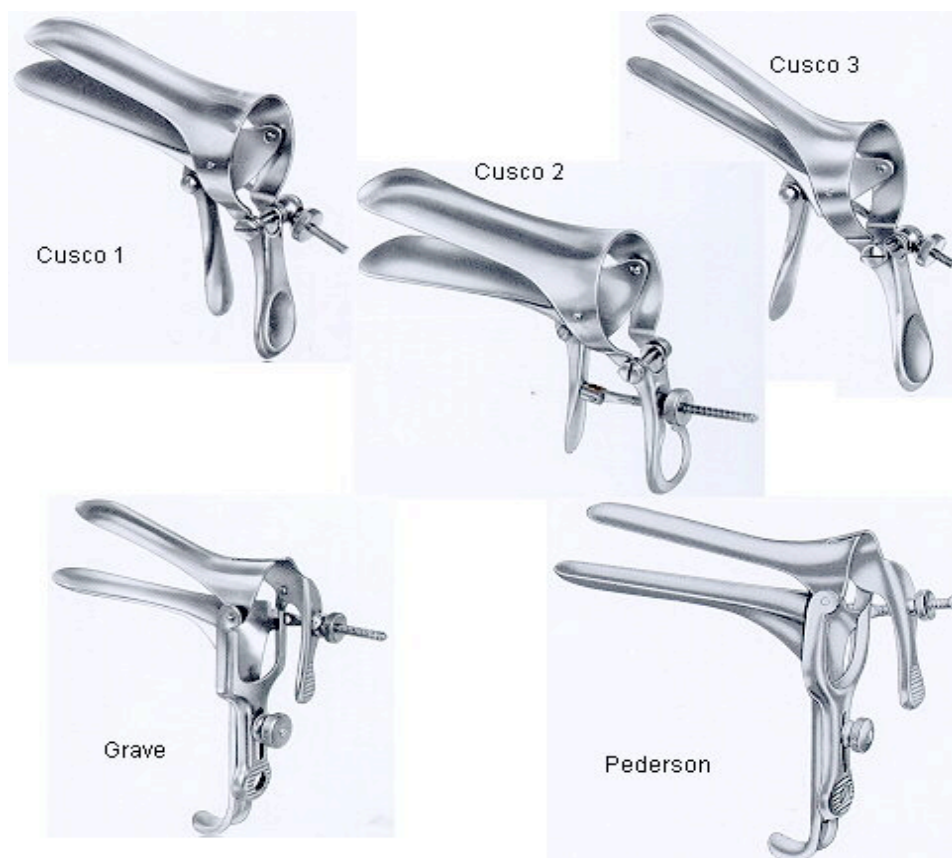
2.2 Sodobnost ginekoloških pregledov

Ginekološki pregled danes obsega fizično in psihično pripravo pacientke, na katero velikokrat pozabimo in se ne zavedamo njenega vpliva na počutje pacientke. Ginekološka ambulanta mora biti tiha in umirjena (3). Ginekolog in medicinska sestra morata biti pozorna na rabo, izgovarjavo in ton besed (4). Da je ginekološka ambulanta ustrezna, mora imeti poleg preiskovalne mize oziroma ginekološkega preiskovalnega stola (Slika 3), kolposkopa, mizice za instrumente, prenosne luči, ki je postavljena za preiskovalcem, posode za smeti in pisalne mize tudi slačilnico oziroma prostor za slačenje (vsaj pregrado), kjer se lahko ženska pripravi na ginekološki pregled in ji je tako manj nerodno (5).



Slika 3: Sodobni ginekološki preiskovalni stol (33)

Ginekološke preglede delimo na periodične, diagnostične in terapevtske, zato moramo medicinske sestre vedeti, za kateri pregled gre, da lahko ustrezno in pravilno pripravimo instrumente. Za ginekološko preiskavo so najvažnejši naslednji instrumenti: spekule različnih velikosti (Slika 4), ki jih ginekolog oziroma ginekologinja izbere glede na starost ženske in število porodov, zrnate prijemalke, pincete, ekscizijske klešče po Faureju, tamponi, gumijaste rokavice ustrezne velikosti za ginekologa, naprstnik in vazelin. Poleg najpomembnejših so na mizici še lopatice po Ayreju ali krtačke za odvzem brisa, oštevilčena stekelca, fiksir, posodica s 3 % očetno kislino in drugi pripomočki, ki jih zahteva narava preiskave ali sam zdravnik (5). Dobro bi bilo, da so preiskovalni instrumenti segreti oziroma vsaj spekula, ker se tako zmanjša občutek nelagodja ob vstavitvi. Vse potrebno pripravimo, preden pokličemo žensko, da vstopi v ambulantno in s tem preprečimo da se, v kolikor je prisotna napetost, s čakanjem v ambulanti nelagodje stopnjuje. Da pa lahko ginekološki pregled izvedemo, je najpomembneje, da se ženska strinja z ginekološkim pregledom (3).



Slika 4: Spekule različnih velikosti (34)

Ko ženska vstopi v ambulantno, ji razložimo, kako bo ginekološki pregled potekal. Pomembno je, da govorimo počasi in prijazno, da se ženska počuti bolj varno in nam zaupa. Na ginekološki preiskovalni mizi ženska leži na hrbtu, medenica je na robu mize, noge pa so upognjene v kolenih in v kolkih ter naslonjene na držala za noge. Zagotovimo stopničko pred preiskovalno mizo, da se lahko z njeno pomočjo povzpne na preiskovalno mizo in ji pomagamo pri namestitvi v pravilen položaj. Naklon in višino mize prilagodimo ginekologu (5). Med ginekološkim pregledom smo ob pacientki. Po potrebi podajamo ginekologu inštrumente, poslušamo njegova navodila in na koncu preverimo, ali je ženska razumela, kar ji je povedal. V kolikor ženska ni razumela, ji povedano ponovimo ter damo možnost, da postavi vprašanja. Poskrbimo, da se lahko obriše ali umije v primeru, da je zaradi ginekološkega pregleda umazana ali mokra. Po vsaki končani preiskavi zamenjamo papir, ki je namenjen zaščiti preiskovalne mize in po potrebi preiskovalno mizo obrišemo ter razkužimo (5).

V primeru, da je na ginekološki pregled prišla deklica, je med ginekološkim pregledom običajno vedno prisotna mama oziroma skrbnica. Pregled mora biti nenasilen, čim manj boleč. V današnjem času velikokrat pri manjših deklicah uporabljamo ultrazvočno preiskavo rodil namesto bimanualne rekto-abdominalne preiskave (5).

V Sloveniji kot tudi v ZDA je bimanualna ginekološka preiskava sestava vsakega ginekološkega pregleda, ne glede na to, če ženska ima ali nima težave, se pravi kot preventiva, medtem ko na Švedskem, Nizozemskem in v Veliki Britaniji bimanualno ginekološko preiskavo izvajajo le pri tistih ženskah, ki imajo težave in ne spada med redne periodične ginekološke preglede (6). Westhoff in sod. (6) so mnenja, da obstaja verjetnost, da je ravno zaradi take prakse v teh državah večje število histerektomij in posegov za odstranitev cist na jajčnikih.

2.2.1 Ginekološki pregled

Ginekološki pregled vključuje anamnezo, splošno preiskavo, preiskavo dojk in trebuha, preiskavo zunanjega spolovila, preiskavo v zrcalih ter notranjo ginekološko preiskavo (5). Vsak del predstavlja pomembno vlogo pri ugotavljanju morebitnih odstopanj ali patoloških sprememb.

2.2.1.1 Anamneza

Običajno se anamnezo vzame pred izvedbo samega ginekološkega pregleda. Sprašuje se po prvi menstruaciji – menarhi, kdaj je imela nazadnje menstruacijo, ali je njen menstrualni cikel reden, če je in katere ginekološke bolezni je prebolela, o poteku nosečnosti, o trenutni zaščiti ipd. Običajno ženska med anamnezo pove, kaj jo skrbi in vpraša, če jo kaj zanima. Pomembno je, da ženski damo vedeti, da ti podatki ostanejo varovani in so z njimi seznanjeni le ginekolog in medicinska sestra (5). Nikoli ne sprašujemo o teh stvareh v navzočnosti drugih žensk.

2.2.1.2 Splošna preiskava, preiskava dojk in trebuha

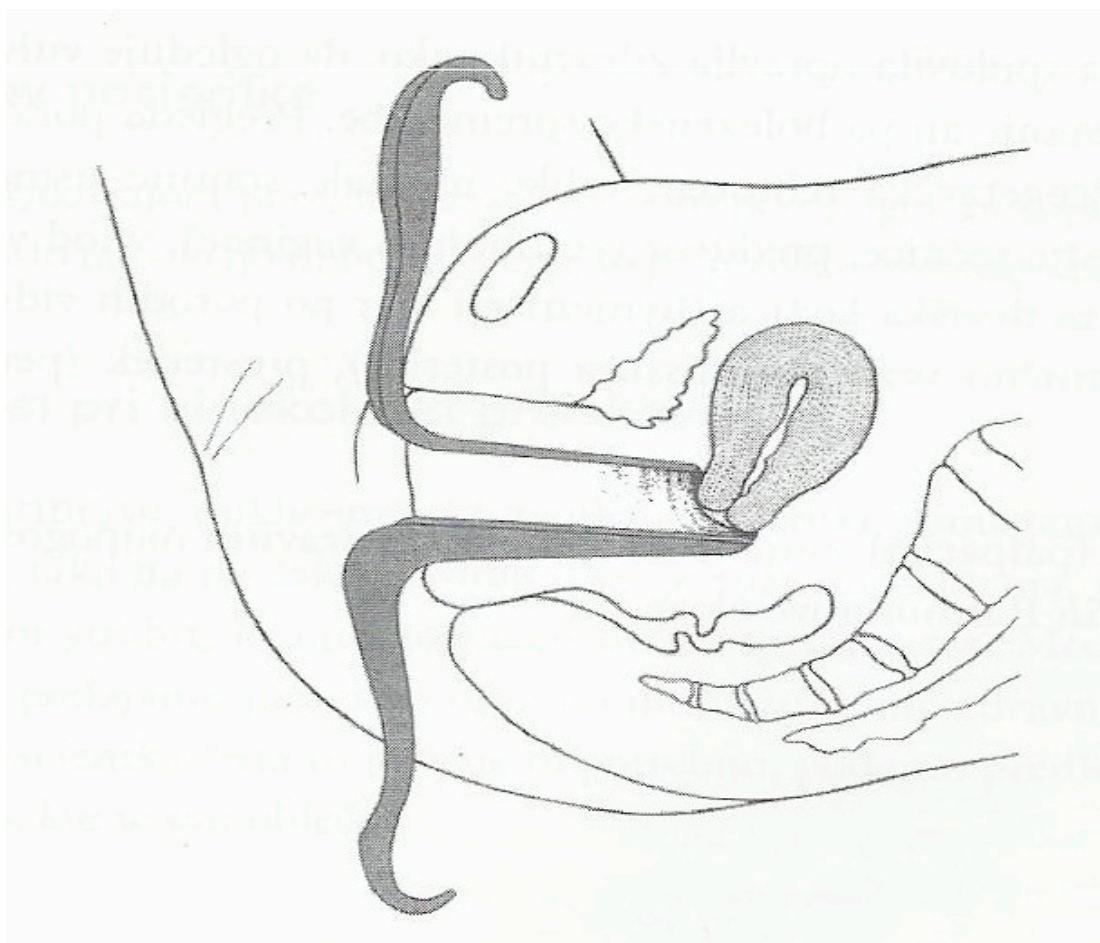
Splošna preiskava je enaka internistični preiskavi. Preiskava dojk zajema primerjavo obeh dojk in otipavanje dojk. Ker se ob pojavu ginekoloških bolezni lahko pojavijo spremembe tudi na področju trebuha, mora ginekolog temeljito pregledati tudi ta predel (5).

2.2.1.3 Preiskava zunanjega spolovila

Poteka tako, da ginekolog ogleduje vulvo (*inspekcija*) in je pozoren na morebitne spremembe. Opazuje velike in male sramne ustne (*labia maior* in *minor*), velikost ščebetavčka (*clitoris*), zunanje ustje sečnice, preddvor vagine (*vestibulum vaginae*), presredek (*perineum*), vhod v nožnico (*introitus vaginae*), zadnjo ustnično vez (*commissura posterior*) in analno odprtino (*anus*). Nato ginekolog običajno otipa še velike in male sramne ustne in Bartholinove žleze (5).

2.2.1.4 Preiskava v zrcalih

Ginekolog ogleduje v spekulih (Slika 5) nožnične stene in oboke ter s tem pregleda nožnico in nožnični del materničnega vratu, najpomembnejši pa je pregled slednjega. Odvzem nožničnega izcedka in izcedka materničnega vratu ginekolog opravi pred notranjo ginekološko preiskavo z leseno lopatico, palčko, ovito z vato, ali s platinasto zanko in ga pregleda pod mikroskopom ali ga pošlje v laboratorij. Nato se odvzame še bris na malignost (PAP test) in naredi kolposkopija (5).

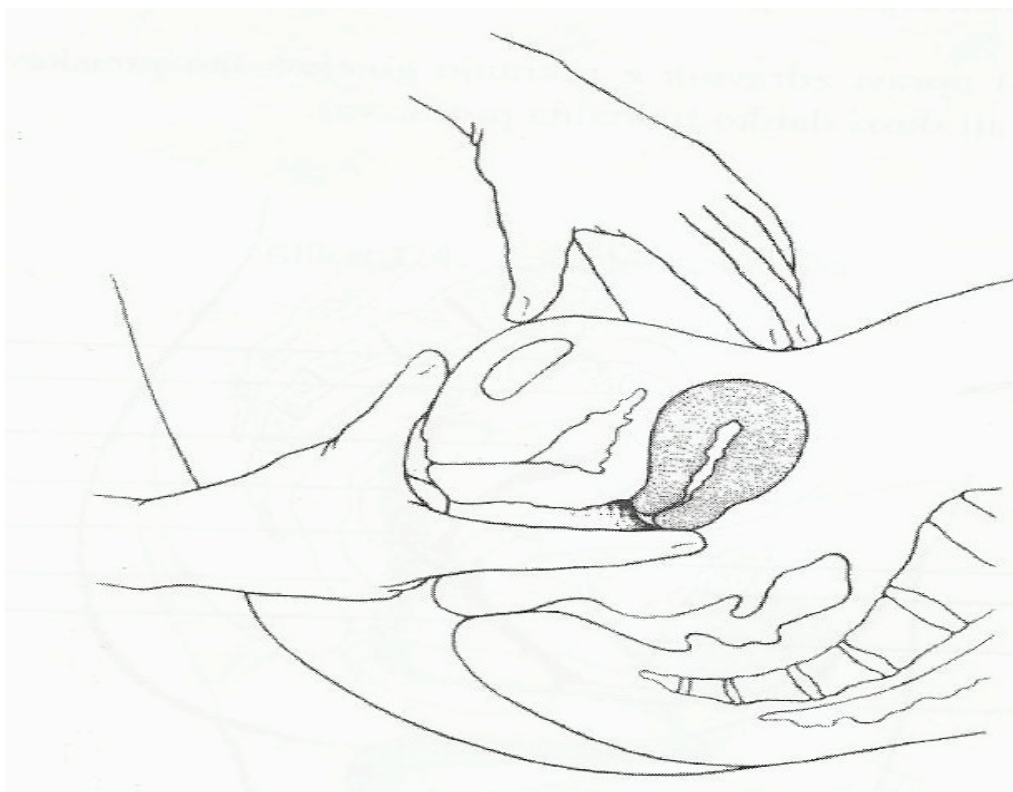


Slika 5: Preiskava v zrcalih (5)

2.2.1.5 Notranja ginekološka preiskava

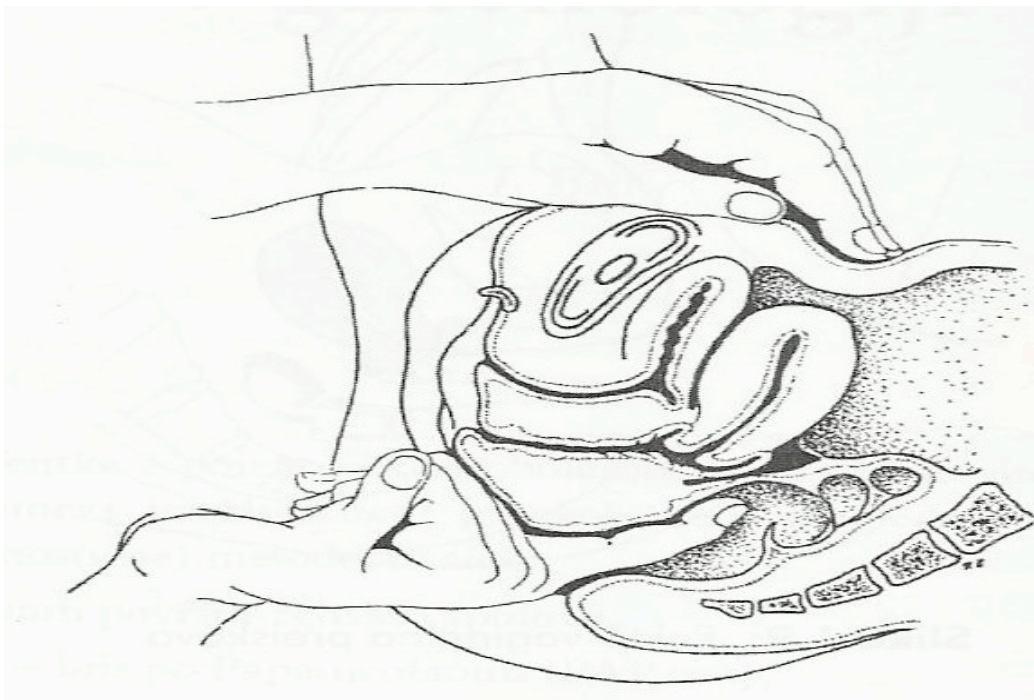
Poznamo dvoročno (bimanualno) ginekološko preiskavo skozi nožnico ali vagino-abdominalno preiskavo (Slika 6), katero opravi ginekolog sam tako, da vtakne v nožnico

en ali dva prsta desne roke in drugo roko položi na sredino spodnjega dela trebuha, pri tem pa pazi, da ženski ne povzroča bolečin. Pri tej preiskavi ginekolog otipa Bartholinove žleze, nožnico, nožnične oboke, nožnični del materničnega vratu in zunanje maternično ustje. Pri dvoročni preiskavi pa otipa maternico in včasih jajčnike in jajcevode. Določa pa velikost, položaj, obliko, trdoto, gibljivost in občutljivost teh organov ter otipa tudi maternične vezi (parametrije) (5).



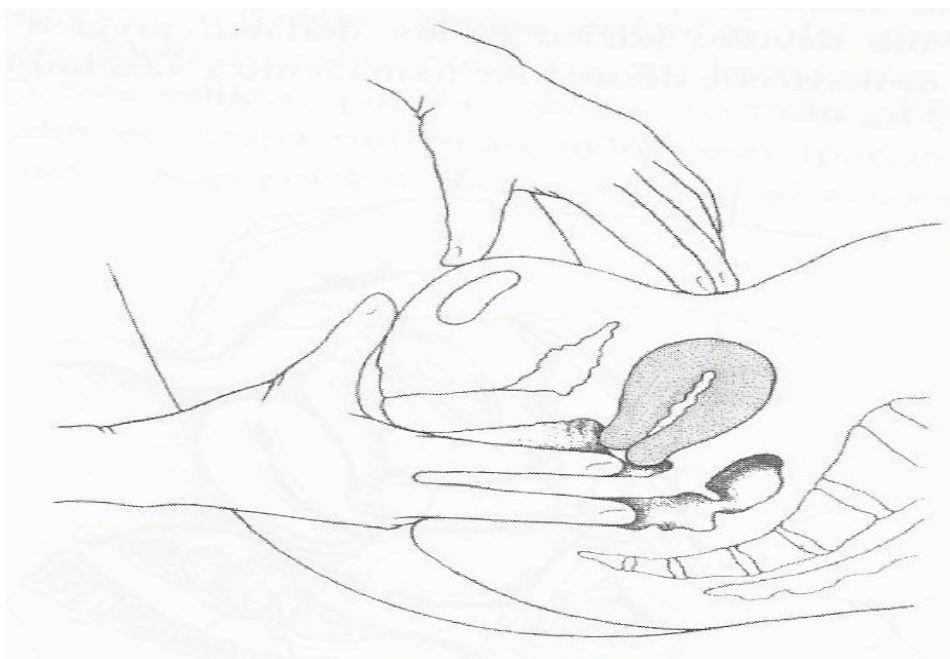
Slika 6: Vagino-abdominalna preiskava (5)

Druga vrsta notranje ginekološke preiskave je dvoročna (bimanualna) ginekološka preiskava skozi danko ali rekto-abdominalna preiskava (Slika 7), pri kateri ginekolog vtakne v danko kazalec ali mezinec desne roke, ki je namazan z vazelinom, drugo roko pa položi na spodnji del trebuha. To vrsto preiskave običajno uporabljamo pri deklicah in ženskah z nepoškodovano deviško kožico ter kot dodaten pregled pri nekaterih ginekoloških boleznih (5).



Slika 7: Rekto-abdominalna preiskava (5)

Tretja vrsta notranje ginekološke preiskave pa je rekto-vaginalna preiskava (Slika 8), pri kateri ginekolog vtakne kazalec desne roke v nožnico, sredinec pa v danko in tako preiskuje skozi nožnico in skozi danko (5). Slednjo vrsto notranje ginekološke preiskave uporabljamo tudi pri spolno neaktivnih mlajših adolescentkah (7).



Slika 8: Rekto-vaginalna preiskava (5)

2.3 Ginekološki pregled gibalno oviranih žensk

Pogosto se v sklopu ginekološkega pregleda in drugje gibalno ovirane ženske srečajo z ovirami, kot so težko dostopne ali nedostopne ambulate, fizično nedostopne preiskovalne mize, neprilagojeni preiskovalni instrumenti, ena izmed najpomembnejših ovir pa je, da ginekologi in medicinske sestre niso dovolj poučeni o boleznih ali poškodbah, ki jih imajo gibalno ovirane ženske, kar se odraža kot pomanjkanje varnosti v komunikaciji in dejanjih, kar lahko naredi ginekološki pregled še bolj neprijeten. Ker velikokrat družba vidi gibalno ovirane ženske kot spolno neaktivne, so velikokrat prikrajšane za informacije o reproduktivnem zdravju, spolno prenosljivih boleznih, nosečnosti, kontracepciji in podobnem. Pomembno je, da v sklopu ginekološkega pregleda vprašamo, če uporablja katero izmed metod kontracepcije in kakšne vrste ter ji, v kolikor je nima, svetujemo o izbiri, ker so običajno gibalno ovirane ženske omejene pri izbiri kontracepcijske metode (npr. ženske, ki ne morejo premikati nog, imajo posledično slabšo cirkulacijo v spodnjih okončinah in so toliko bolj ogrožene za nastanek globoke venske tromboze v primeru, če bi uporabljale kontracepcijske tablete itd.) (8).

Poskrbeti moramo, da se lahko pripravijo na ginekološki pregled in pravilno namestijo na ginekološko preiskovalno mizo ter jim pri tem pomagamo. Vprašati jih moramo, kako se jim je lažje pripraviti in se jim prilagoditi. Ne sme nas biti strah vprašati, ali potrebujejo našo pomoč in kaj lahko naredimo, da jim olajšamo sam ginekološki pregled. Ustrezna direktna komunikacija in iskrenost nam pomagata, da vzpostavimo pristen odnos in sprostimo vzdušje, saj če bomo sami napeti in nezaupljivi, bodo to čutile tudi ženske in se bo napetost stopnjevala. Medicinske sestre moramo ženskam zagotoviti, da so med ginekološkim pregledom varne in da jim je udobno. Ker je žensko lahko strah, da bi padla s preiskovalne mize, smo med ginekološkim pregledom ob njej, da je bolj varna, sproščena in da je ni strah. Ob koncu ginekološkega pregleda najprej poskrbimo, da ženska stopi s preiskovalne mize in ji pri tem nudimo pomoč, če je potrebno. Poskrbimo, da se obleče in uredi in ji zagotavljamo diskretnost. Nazadnje ji posredujemo informacije in damo možnost, da postavi vprašanja. V primeru, da žensko nekdo spremlja in bo z njo med preiskavo, se najprej pogovorimo z žensko, šele nato vključimo spremljevalca. Vse razlage in navodila posredujemo ženski in ne spremljevalcu. V kolikor je potrebna dodatna razlaga

ali ženska želi, da povemo še osebi, ki je z njo, to tudi storimo. V kolikor je ženska na invalidskem vozičku, je prav, da se prilagodimo njeni višini tako, da se usedemo in smo v višini njenih oči, da bo med pogovorom bolj sproščena in ji ne bo toliko neprijetno. Komunikacijo prilagodimo potrebam ženske in smo pozorni na to, da je vse razumela. Pomembno je, da poslušamo žensko in zaznamo njene strahove ter potrebe pred, med in po ginekološkem pregledu ter ji tako olajšamo ginekološki pregled, ki je še toliko bolj otežen kot pri ženskah, ki niso gibalno ovirane (9).

2.4 Doživljanja in izkušnje žensk ob ginekološkem pregledu

Vsaka ženska ima v svojem življenju več ginekoloških pregledov, vendar to ne pomeni, da je vsakič le-tega lažje prenesti. Veliko se jih vsakič znova sreča z občutkom sramu, skrbi jih, če so higiensko zadostno urejene, da se ne bi pojavil moteč vonj, skrbi jih, da bo ginekolog odkril njihove spolne navade, najbolj pa se bojijo odkritja patoloških sprememb in bolečine ob ginekološkem pregledu (10, 11). Ginekološki pregled je zelo pomemben tako za reproduktivno kot tudi za splošno zdravje ženske. Tega se zaveda veliko žensk, vendar se kljub temu ne udeležuje rednih ginekoloških pregledov.

Posebno pozornost moramo nameniti ženskam, ki pridejo prvič na ginekološki pregled. Za njih to predstavlja neznanko. Ne vedo, kaj jih čaka in kako sam ginekološki pregled poteka, zato je toliko bolj pomembno, da smo skrbni in prijazni. Običajno so to mlada dekleta, ki nimajo veliko znanja o anatomiji in fiziologiji ženskih spolnih organov in poteku pregleda, zato je pomembno, da jih ginekolog o tem pouči (7). Dobro je tudi, da imamo v ambulantni model ženskih spolnih organov, tako da lahko pokažemo, kakšna je njihova anatomija in fiziologija. Priporočljivo je tudi, da najprej pogleda ali prime spekul. Na ta način ji pomagamo spoznati inštrument ter zmanjšamo strah pred njim (12). Grundström in sod. (13) so v svoji raziskavi ugotovili, da informacije o ginekološkem pregledu dekleta največkrat dobijo od svojih prijateljic, znank, starejših sester ali od medijev in velikokrat so te informacije negativne, zato so dekleta pred prvim ginekološkim pregledom še toliko bolj napeta. Strah jih je bolečine, samega poteka pregleda, sprašujejo se, kako se bodo počutile, ko se bodo pred neznancem uglele na preiskovalni stol z razgaljenim intimnim predelom ipd. Mlajše ženske oziroma dekleta, ki pridejo na prvi

ginekološki pregled, doživljajo večjo napetost zaradi tega kot ženske, ki imajo periodične, redne ginekološke preglede. Prisotno je tudi nezaupanje, zato moramo z empatijo in profesionalnim odnosom zgraditi zaupanje in dati občutek varnosti (14). Oscarsson in sod. (15) so v raziskavi, v kateri je sodelovalo 15 adolescentk, ki so imele prvi ginekološki pregled, prišli do ugotovitev, da jim je zelo nerodno, ker se morajo sleči, vendar se zavedajo, da je ginekološki pregled pomemben za njihovo zdravje in da predstavlja korak v svet žensk. Pomembno je, da ginekolog oziroma ginekologinja pregled izvede strokovno in prilagojeno adolescentkam, da dobijo in ohranjajo pozitiven odnos do svojega telesa, kar omogoča lažje in bolj uspešno učenje o reproduktivnem zdravju in preventivi. Prva izkušnja z ginekološkim pregledom je lahko pozitivna ali negativna in vpliva na to, kako bo ženska doživljala ginekološki pregled v bodoče in ali bo redno hodila na preglede. Pri prvem ginekološkem pregledu je poudarek na tem, da ginekolog in medicinska sestra razložita in pokažeta čisto vse, kar se bo dogajalo in kako bo potekalo ter da omogočita ženskam, da postavijo vprašanja in na njih tudi odgovorita (7). Med ginekološkim pregledom je pomembno, da ginekolog vzdržuje komunikacijo in sproti razlaga, kaj trenutno počne in zakaj ter kaj sledi (12). Običajno mlajša dekleta, ki še niso spolno aktivna, želijo, da je med ginekološkim pregledom prisotna mama ali sestra in jih je tako manj strah, zato to tudi upoštevamo (14). Pri najstnici je zelo pomembno, da se pogovorimo, zakaj je prišla na pregled in ji zagotovimo, da so vse informacije zaupne ter da jih ne bomo posredovali nikomur, razen v primeru, da gre za spolne zlorabe ali posilstvo (12).

Na doživljanja ginekološkega pregleda pri ženskah poleg starosti in to, da je prvi ginekološki pregled, vplivajo tudi dejavniki, kot so spolne zlorabe, splavi, nezadovoljstvo v spolnem življenju in duševne bolezni. Shobin (16) navaja, da lahko ginekološki pregled duševnim bolnicam pusti še večje travme in občutke sramu ter neugodja kot duševno zdravim ženskam, ki se zavedajo in razumejo, zakaj je ginekološki pregled potreben in pomemben. Bilo bi dobro, če bi bili o tem seznanjeni že pred pregledom in se prilagodili posameznici tako, da bi spremenili pristop oziroma prilagodili komunikacijo in razlago ter s tem zmanjšali negativne občutke (14). Občutki tesnobe, neugodja, nezaupanja, strah pred odkritjem patoloških sprememb in pred bolečino so prisotni tudi pri ženskah, ki imajo periodične ginekološke preglede. Enkrat so bolj intenzivni, drugič manj, vendar vseeno

povzročajo negativno izkušnjo pri ženski. V odnosu med žensko, ginekologom oziroma ginekologinjo in medicinsko sestro mora vladati zaupanje, da ne bodo oziroma bodo manj prisotni strah, neugodje in tesnoba. V primeru, da ženska ni dovolj informirana o tem, kar se dogaja med ginekološkim pregledom in kakšno je njeno reproduktivno zdravje oziroma ji je predstavljeno na nerazumevajoč način, bo do ginekologa in medicinske sestre zelo nezaupljiva. Wendt in sod. (2) so z raziskavo, ki so jo opravili na Švedskem in v kateri je sodelovalo 30 žensk, prišli do ugotovitev, da ženskam najbolj ustreza, ko jim ginekolog pred ali (še bolje) med ginekološkim pregledom sproti razlaga, kaj bo naredil in šele potem to naredi, kar zmanjša občutek nelagodja in strahu. Pomembno je, da ima ženska zaupanje v nas in da je sigurna v to, da če bi bilo kar koli narobe oziroma če bi zaznali patološke spremembe, bi jo s tem seznanili. To žensko še dodatno pomirja in ji daje občutek varnosti in zaupanja (17).

Ženskam predstavlja ginekološki pregled izredno intimno situacijo, saj običajno te dele telesa vidijo le njihovi spolni partnerji. Nekatere imajo občutek, da izgubijo kontrolo nad dogajanjem, medtem ko ležijo na preiskovalni mizi, ker ne dobivajo sprotnih informacij o poteku ginekološke preiskave in je vsak naslednji korak pregleda neznanka. Če ženska dobiva sprotne informacije med samim pregledom, se zmanjša občutek napetosti in počuti se kot del dogajanja (13). Pozitivni in negativni občutki med ginekološkim pregledom pa vplivajo tudi na izbiro osebnega ginekologa glede na spol. V eni izmed raziskav (18), narejenih v Združenih arabskih emiratih, so anketirali 508 žensk, od katerih jih je 431 (86,4 %) zabeležilo, da želi izključno žensko za svojo osebno ginekologinjo. Glavni razlog za njihovo odločitev je verska opredelitev (muslimanska vera), med druge razloge pa so navedle, da če ginekološki pregled izvaja moški, jih je sram in jim je neugodno, z ginekologinjo se lažje pogovarjajo o reproduktivnih težavah, le-ta jih tudi bolje razume, prav tako pa so ginekologinje tudi boljše poslušalke. V raziskavi, narejeni na Danskem, so nekatere ženske izpostavile, da nimajo opredeljenih razlogov, zakaj bi izbrale žensko za ginekologinjo, le bolje se počutijo, so bolj sproščene v pogovoru in lažje se pogovarjajo o težavah, če je le-ta ženska (17).

Med zaupanjem, dobrim počutjem in med nezaupanjem, tesnobnostjo med ginekološkim pregledom je zelo tanka črta. Hitro lahko izgubimo vzpostavljeno zaupanje in ženska pride

v situacijo, ki ji povzroča skrb in strah, kar je slabo in obstaja verjetnost, da bo ženska zmanjšala skrb za svoje reproduktivno zdravje in se izogibala ginekološkemu pregledu. Za žensko je zelo pomembno, da je s strani medicinske sestre in ginekologa obravnavana kot individualna oseba in ne kot del vsakdanje rutine, kar pripomore k boljšemu počutju in sprejemanju ginekološkega pregleda (13). Vsako žensko moramo obravnavati individualno in ji nameniti pozornost, spoštovanje, moramo pa ji tudi omogočiti izraziti mnenje, jo pri tem poslušati ter nuditi podporo.

2.5 Pristop, naloge in emocionalno delo medicinske sestre

Ginekologija je edino področje v zdravstveni negi, kjer imamo opravka samo z ženskami in smo nekako v "ženskem svetu", kjer kot ženske skrbimo za ženske. Zaradi naše ženske narave, ki vključuje materinstvo, skrb, občutljivost in čustva se lahko še lažje kot moški vživimo v delo na tem področju. To seveda ni vedno prednost, ker se velikokrat lahko pretirano vživimo in nas to obremenjuje, smo pod stresom, kar nas lahko privede do čustvene izčrpanosti (19). Kot medicinske sestre se pri delu srečujemo s potrebo po etiki skrbi in sočutju, ki sta danes neredko zelo majhna ali ju, na žalost, sploh ni. Naš odnos do vseh pacientov bi moral biti profesionalen in bi moral temeljiti na spoštovanju in razumevanju (20). Na področju ginekologije in porodništva bi medicinske sestre in zdravniki še toliko bolj morali delati na izboljšanju medosebnih in medpoklicnih odnosov in izničiti, ponekod še zelo močan, hierarhični odnos. Če odnosi v timu niso urejeni, tudi naše delo ne more biti profesionalno in ženskam ne moremo nuditi take podpore, kot bi jo lahko sicer. Medicinska sestra predstavlja vez med pacienti in zdravniki na celotnem področju zdravstva. Prilagajati se mora obema stranema in skrbeti, da je vso delo, ki ga mora opraviti, narejeno natančno in profesionalno (21).

V našem poklicu je zelo pomembna empatija. Znati se moramo vživeti in poskušati razumeti paciente. Morda nam osebno ginekološki pregled ne predstavlja težave in se ob njem počutimo povsem sproščeno, vendar si ne smemo dovoliti, da bi obsojali žensko, ki pride na ginekološki pregled, ker je zmedena, razburjena ali razdražljiva. Pomembno je, da se ji skušamo približati in ji s pristnim, iskrenim odnosom in ustrezno komunikacijo poskušamo pomagati. Vse se prične že v čakalnici, ko medicinska sestra sprejme žensko.

Če bomo same osorne in bo naš glas visok, ukazovalen, bo tudi ženska postala še bolj napeta, nezadovoljna in osorna. V kolikor opazimo, da je ženska zelo razburjena, jo poskušamo pomiriti in našo komunikacijo prilagodimo situaciji, da ne zaidemo v konflikt. To je zelo slabo za nas kot profesionalne zdravstvene delavce, prav tako pa tudi za žensko in njen pogled na ginekološki pregled, ker bo to nenehno povezovala z nastalo situacijo. Biti moramo dovzetni za vprašanja in na njih tudi odgovoriti. Če bo ženska dobila dovolj informacij in se bo njeno neznanje zmanjšalo, se bo s tem zmanjšalo tudi nezaupanje in strah, ki ga je čutila pred pogovorom. Pomembno je tudi, da je naše teoretično in praktično znanje dobro, saj predstavljamo ženskam oporo in sigurnost, zato smo dolžne nuditi točne in pravilne informacije (2). Zavedati se moramo tudi, da je vsaka ženska drugačna in so zato njene potrebe po količini in kvaliteti informacij drugačne. Pri tem ima lahko vpliv tudi izobrazba. Lewin in sod. (22) pravijo, da če je ženska bolj izobražena ali je zdravstveni delavec, bo želela dobiti veliko informacij, tudi podrobnosti, medtem ko se ženske z nižjo izobrazbo lahko zadovoljijo tudi z manjšo količino osnovnih informacij.

Naša naloga je ženski nuditi podporo ne samo med ginekološkim pregledom, temveč tudi pred in po njem ali pa med pogovorom z ginekologom. Velikokrat je neverbalna komunikacija zelo pomembna. Dovolj je že nasmeh ali stik z očmi, če naslonimo roko na njeno rame ali jo potrepeljamo po ramenu. Ženski damo občutek, da ni sama in da smo ob njej, zato se bo počutila veliko bolje (2). Ker je naš poklic biti medicinska sestra že od nekdaj zaznamovan tako, da delamo dobro, od nas pričakujejo, da smo vedno prijazne, skrbne, umirjene in samostojne. Čeprav se trudimo in si želimo, da nas ne povezujejo le z vlogo "dobre vile", temveč kot nekoga, ki ima tehnične spretnosti in obilo teoretičnega znanja, ki ga uporablja v vsakdanji praksi ter za predvidevanje situacij, je zelo težko zmanjšati našo stereotipno vlogo (19).

Medicinske sestre na področju ginekologije, ki so zaposlene v bolnišnicah, običajno ne delajo samo v ambulantah, temveč tudi na oddelkih, kjer se srečujejo tudi z raznimi izgubami, ki jih doživljajo ženske, kar vpliva tudi na njihovo delo. Velikokrat se morajo prisiliti ostati profesionalne in empatične, čeprav jim je kot ženskam to zelo težko in jim predstavlja velik stres in obremenitev (23). McQueen (24) je v raziskavi, opravljeni na Škotskem, anketirala medicinske sestre na področju ginekologije in porodništva. Med

drugim jo je zanimalo tudi to, kako razni dogodki vplivajo na njih in njihovo delo. Veliko se jih je strinjalo, da v določenih situacijah težko ostanejo empatične in ohranjajo profesionalno distanco. Najpomembnejše naloge, ki jih ima ginekološka medicinska sestra oziroma njihovo delo, so razdelili na:

- usklajevanje zdravstvene nege ter nadzor dejavnosti na oddelku,
- administrativna dela,
- poučevanje študentov,
- skrb za pacientke,
- svetovanje pacientkam,
- posredovanje informacij pacientkam,
- stiki in odnos s svojci (24).

Da lahko ginekolog izvaja ginekološki pregled, je naša naloga, da poskrbimo, da so pripravljeni sterilni inštrumenti, ki so potrebni za ginekološko preiskavo še pred pričetkom ginekološkega pregleda. Ginekološka preiskovalna miza ali stol mora biti pokrit s papirjem za enkratno uporabo. Priskrbljena mora biti dokumentacija pacientke. Pacientki zagotavljamo intimnost in v kolikor bo med ginekološkim pregledom prisoten študent ali študentka, o dovoljenju vprašamo žensko pred pričetkom samega pregleda in na samem. Nikakor si ne smemo dovoliti, da se ženska že namesti na ginekološko preiskovalno mizo in jo šele nato vprašamo, ali dovoli, da je prisoten še študent. Ženska je takrat pod pritiskom, ji je neugodno in jo je sram ter se počuti nemočno, da bi rekla ne, čeprav bi to hotela. To lahko zanjo predstavlja stresni dogodek in ginekološki pregled se ji bo vtisnil v spomin kot nekaj negativnega. Prav tako se ne pogovarjamo z ginekologom ali pa ginekolog govori z nekom preko telefona, medtem ko je ženska že nameščena na ginekološkem preiskovalnem stolu, saj ji bo toliko bolj neugodno in lahko si misli, da je ne spoštujemo ali da zanjo nimamo časa (2).

Naloga medicinskih sester je tudi zdravstveno vzgojno delo, zato lahko ginekološki pregled izkoristimo v ta namen in ženske opomnimo, naj si redno pregledujejo dojke in so pozorne na spremembe, naj se redno naročajo na ginekološke preglede in skrbijo za zaščito pred spolno prenosljivimi boleznimi ter naj se zaščitijo pred neželeno nosečnostjo.

2.5.1 Emocionalno delo medicinske sestre

S čustvi se ljudje srečujemo vsak dan in vsak dan se jih učimo kontrolirati, da so situaciji primerna. Čustva so del nas in so za nas kot medicinske sestre zelo pomemben dejavnik pri našem delu. Doživljanje in kontrola čustev sta bistvenega pomena za medicinske sestre še posebej takrat, ko se znajdejo v moralno sporni situaciji. Takrat je pomembno, da vzpostavimo smiselno interakcijo s pacienti v stiski in ostanemo etični ter znamo kontrolirati čustva. Ker so čustva lahko zelo intenzivna, jih velikokrat težko kontroliramo in lahko zato napačno reagiramo (25).

V preteklosti je delo medicinskih sester temeljilo na ugotavljanju in zadovoljevanju zgolj fizičnih potreb, medtem ko danes naše delo temelji na holistični obravnavi pacientov. Na pacienta moramo gledati kot celostno bitje in upoštevati njegove telesne, duševne in socialne potrebe. Poudarek je na vzpostavljanju partnerstva med medicinsko sestro in pacientom, na odprti komunikaciji in empatiji. Ker vse to prispeva k temu, da s pacientom vzpostavimo pristen in odprt odnos, smo toliko bolj deležni ne samo njihovih telesnih stisk, ampak vse bolj tudi čustvenih stisk, kar nas obremenjuje in če ne znamo kontrolirati čustev ali se pretirano vživimo v počutje pacienta, nas lahko to pripelje do poklicnega izgorevanja (26). Ker smo velikokrat v zelo tesnem sodelovanju s pacienti, je nemalokrat prisotna napetost, hitenje in tudi naša čustva so takrat bolj intenzivna ter se posledično mešajo v naše delo in v skrb za paciente (27).

»Pri emocionalnem delu gre za povezanost oziroma koordinacijo med razumom in čustvi« (28).

Brooks in Phillips (28) sta s tem opredelila pojem emocionalno delo. Emocionalno delo zahteva trdo delo na področju čustev v povezavi z izkušnjami. Izkušnje z delom s pacienti imajo velik pomen pri razumevanju emocionalnega dela (29). Medicinske sestre se nenehno prilagajamo pacientom in sodelavcem, tako da svoja čustva prilagodimo njihovim pričakovanjem, zato je emocionalno delo na področju zdravstvene nege še kako pomembno. Velikokrat lahko emocionalno delo pusti negativne posledice na zdravje medicinskih sester v povezavi s poklicnim izgorevanjem in posledicami le-tega (30).

Trenutno emocionalno delo na področju zdravstvene nege ni dovolj cenjeno že s strani medicinskih sester, ki niso dovolj ozaveščene o tem, medtem ko je ta koncept zelo dobro razvit na področju psihologije in managementa. Pomembno je, da imajo medicinske sestre čas za razmislek, ko se znajdejo v moralno ali etično sporni situaciji, in da imajo podporno okolje, kjer lahko o tem razpravljajo in poglobljajo znanje na področju čustvenega dela v povezavi z zdravstveno nego pacientov. Ker tega v zdravstveni negi manjka, pogosto pride do čustvene izčrpanosti in poklicnega izgorevanja (25). V literaturi smo zasledili tudi povezanost med emocionalnim delom in emocionalno inteligenco. Slednja predstavlja izredno pomembno vlogo pri vzpostavljanju odnosov s pacienti, kar nam omogoča boljšo obravnavo pacientov. Ker pa delamo v timu, nam to pomaga tudi pri razumevanju in izgradnji odnosov z sodelavci. Še vedno pa ostaja odprto vprašanje, ali emocionalna inteligenca pozitivno vpliva na zmanjšanje možnosti za poklicno izgorevanje (29).

3 METODE DELA

3.1 Namen, cilj in raziskovalne hipoteze

Namen diplomske naloge je s pregledom strokovne literature predstaviti zgodovino ginekološkega pregleda, kako poteka ta v današnjem času in katere vrste ginekoloških pregledov poznamo. Temo raziskujemo zato, ker smo s pregledom literature v Virtualni knjižnici Slovenije (COBIB) ugotovili, da na to temo ni opravljenih raziskav v slovenskem prostoru.

Cilj raziskave je ugotoviti, kako ženske doživljajo ginekološki pregled in kako na to vplivajo demografski dejavniki ter kako lahko medicinske sestre pripomoremo k zmanjšanju nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom.

V skladu s postavljenimi raziskovalnimi cilji smo razvili naslednji raziskovalni hipotezi:

- *Hipoteza 1:* Demografske značilnosti žensk vplivajo na doživljanje ginekološkega pregleda.
- *Hipoteza 2:* Medicinske sestre pomembno prispevajo k zmanjšanju nelagodja in zaskrbljenosti pred in med ginekološkim pregledom.

3.2 Vzorec

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen priložnostni vzorec 476 žensk, ki so v obdobju od 24. 6. 2013 do 22. 7. 2013 izpolnjevale spletni anketni vprašalnik. Edini kriterij za izpolnjevanje je bil ženski spol. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno.

3.3 Pripomočki in merski inštrumenti

Spletni anketni vprašalnik je bil izdelan v spletnem orodju "1KA". Vprašalnik sestavljajo vprašanja, ki so večinoma zaprtega tipa, razdeljena v tri sklope. Prvi sklop vprašalnika zajema demografske podatke, drugi sklop zajema doživljanje in občutke žensk ob

ginekološkem pregledu, v tretjem sklopu pa imajo anketiranke možnost, da izrazijo svoja mnenja in občutke. Del vprašalnika je bil modificiran po vprašalniku za raziskavo, narejeno na Švedskem, ki so ga uporabili avtorji Wendt in sod. (2).

3.4 Potek raziskave

Podatki so bili pridobljeni s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika (Priloga 1). Dostop do vprašalnika je bil omogočen na spletnih forumih www.medover.net, www.bibaleze.si in www.ringaraja.net ter na socialnem omrežju www.Facebook.com. Za objavo vprašalnika na forumu ABC ginekologije in porodništva na spletni strani www.medover.net smo kontaktirali moderatorja omenjenega foruma in prosili, če lahko spletni vprašalnik objavi v našem imenu, ker smo tako pričakovali boljši odziv. Izkazalo se je, da je to v veliki meri pripomoglo k povečanemu odzivu žensk.

Podatki so se shranjevali na spletno stran www.1ka.si in bili po zaključku raziskave analizirani.

3.5 Obdelava podatkov

Zbrani podatki so bili obdelani s pomočjo programa SPSS v17. Rezultate raziskave smo prikazali s pomočjo grafov in preglednic. Izračunali smo povprečje, minimum in maksimum ter standardni odklon. V nadaljevanju so razloženi pojmi, ki smo jih izračunali (31):

- Povprečje: je seštevek vseh vrednosti, razdeljen na število podatkov.
- Minimum: je točka, kjer funkcija doseže najmanjšo vrednost.
- Maksimum: je točka, kjer funkcija doseže najvišjo vrednost.
- Standardni odklon: je statistični kazalec, največkrat uporabljen za merjenje statistične razpršenosti enot. Z njim je moč izmeriti, kako razpršene so vrednosti, vsebovane v populaciji. Standardni odklon je definiran kot kvadratni koren variance, s čimer je v vsakem primeru dosežena pozitivna vrednost kazalca.

Za teste hipotez pa smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient, T-test za neodvisne vzorce in Spearmanov korelacijski koeficient. Opisi posameznih koeficientov v nadaljevanju (31):

- Pearsonov korelacijski koeficient: je matematična in statistična številska mera, ki predstavlja velikost linearne povezanosti spremenljivk X in Y , merjenih na istem predmetu preučevanja. Pogoj za računanje tega koeficienta je linearna odvisnost obeh vpletenih spremenljivk. Vrednost Pearsonovega koeficienta korelacije se lahko nahaja med vrednostma -1 in 1 . Tako vrednost -1 predstavlja popolno negativno povezanost spremenljivk, pri čemer je na grafu odvisnosti videti le ravno črto, ki z naraščajočo neodvisno spremenljivko potuje navzdol; obratna vrednost 1 pomeni popolno pozitivno povezanost in navzgor usmerjeno črto na grafu. V praktičnem preizkušanju odvisnosti in uporabni statistiki je skoraj nemogoče izračunati popolno (funkcijsko) odvisnost -1 ali 1 , saj na posamezno odvisno spremenljivko vpliva praviloma več dejavnikov, med njimi tudi slučajni vplivi. Pearsonov koeficient 0 označuje ničelni vpliv ene spremenljivke na drugo.
- T-test za neodvisne vzorce: je metoda za testiranje hipoteze, kjer testna statistika sledi Studentovi porazdelitvi oziroma t porazdelitvi ob predpostavki, da ničelna hipoteza (H_0) drži. S to metodo preverjamo razlike med aritmetičnima sredinama dveh neodvisnih vzorcev. T-test metoda predpostavlja normalno porazdelitev obeh vzorcev, enako varianco obeh vzorcev in neodvisno slučajno zbrane podatke obeh vzorcev.
- Spearmanov korelacijski koeficient: je statistični kazalec, ki prikazuje neparametrsko stopnjo povezanosti dveh spremenljivk oziroma predstavlja kakovost opisa povezanosti med spremenljivkama, ki jo napravi določena funkcija. Pri tem za razliko od Pearsonovega koeficienta korelacije ne predpostavlja linearne povezanosti spremenljivk in enakomernosti frekvenčne porazdelitve, prav tako pa je z njim možno računati stopnjo povezanosti nezveznih spremenljivk. Zaradi slednjega je Spearmanov koeficient primeren za izračun odvisnosti ordinalnih spremenljivk. Spearmanov koeficient korelacije je posebna oblika Pearsonovega koeficienta, v kateri so podatki pred izračunom koeficientov preoblikovani v range. V preprostejši obliki računanja koeficienta so absolutne vrednosti oblikovane v range že poprej, nato pa se za končni izračun uporabi razlika med rangi različnih vrednosti, katerih medsebojna odvisnost se išče.

Pri statističnem sklepanju smo upoštevali stopnjo značilnosti $\alpha = 0,05$.

3.6 Pilotna študija

Pred pričetkom raziskave je bil spletni anketni vprašalnik posredovan na elektronski naslov desetih naključno izbranih žensk iz poštne nabiralnika avtorice. Pozvane so bile, da ocenijo jasnost in razumljivost vprašanj ter delovanje aplikacije. Anketiranke na poslani spletni anketni vprašalnik niso podale nobenih pripomb.

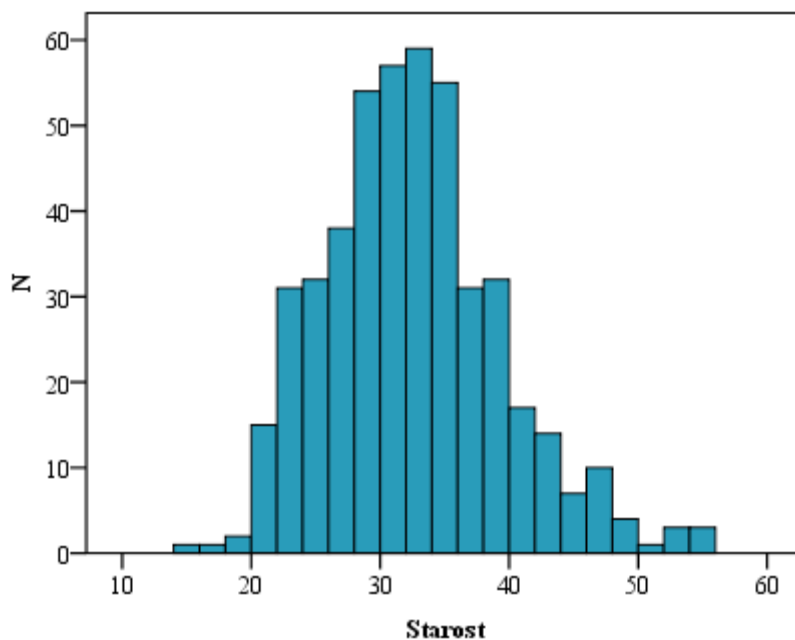
4 REZULTATI

4.1 Demografski podatki

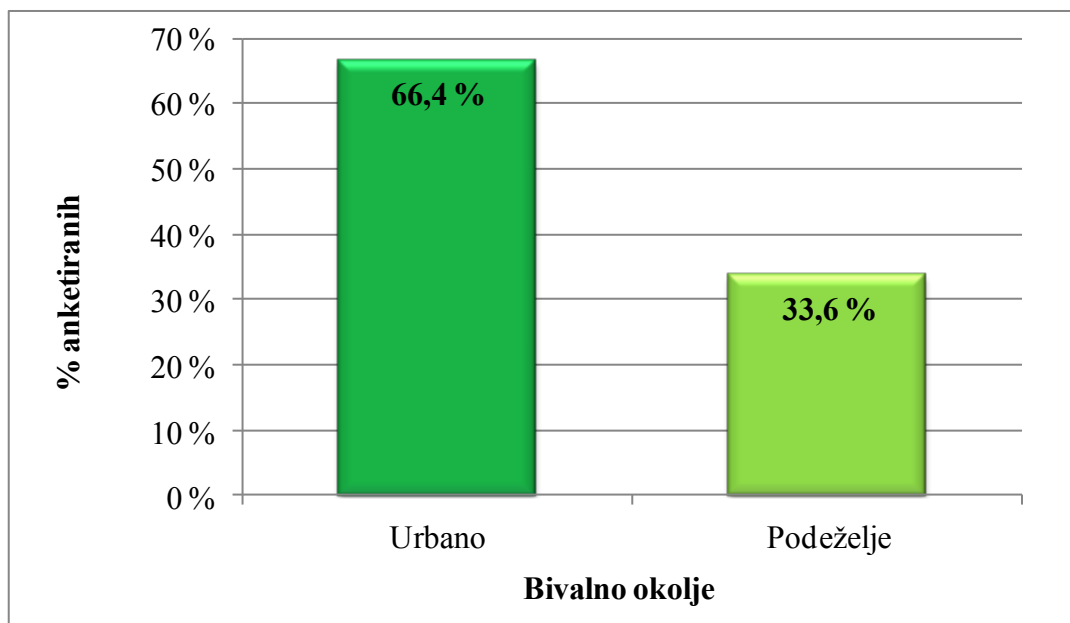
Spletni anketni vprašalnik je v celoti izpolnilo 476 žensk, katerih povprečna starost anketirank je bila 32 let. Najmlajša udeleženka v raziskavi je imela 15 let, najstarejša pa 55 let (Preglednica 1, Slika 9).

Preglednica 1: Starost anketiranih

N	Veljavni	467
	Brez odgovora	9
Povprečje		31,98
Standardni odklon		6,852
Minimum		15
Maksimum		55

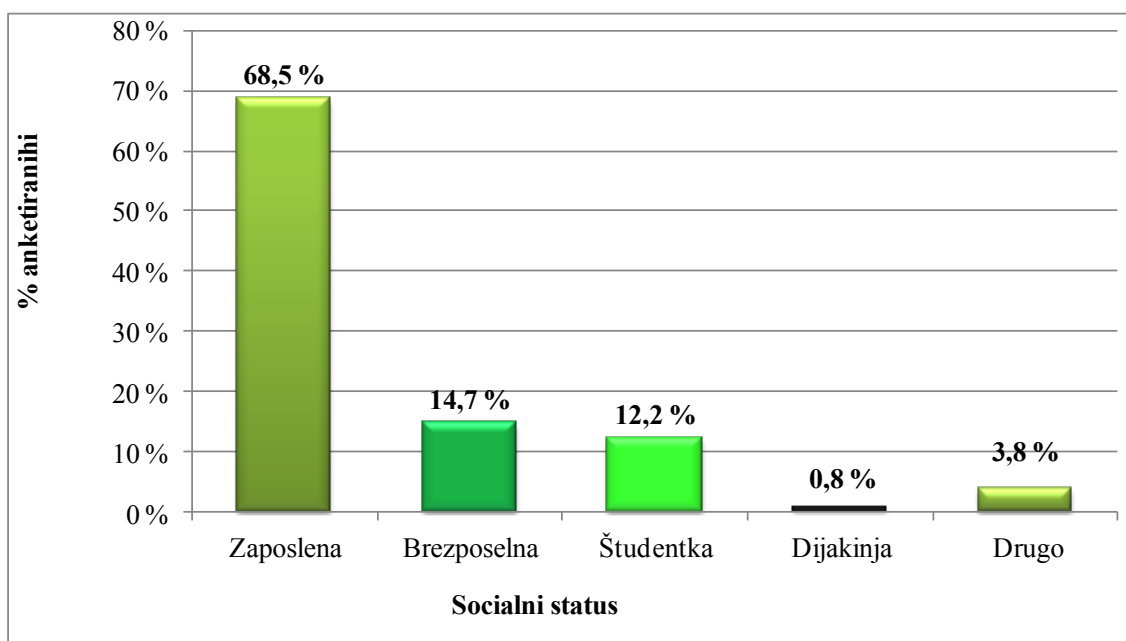


Slika 9: Starost anketiranih (število anketiranih – N)



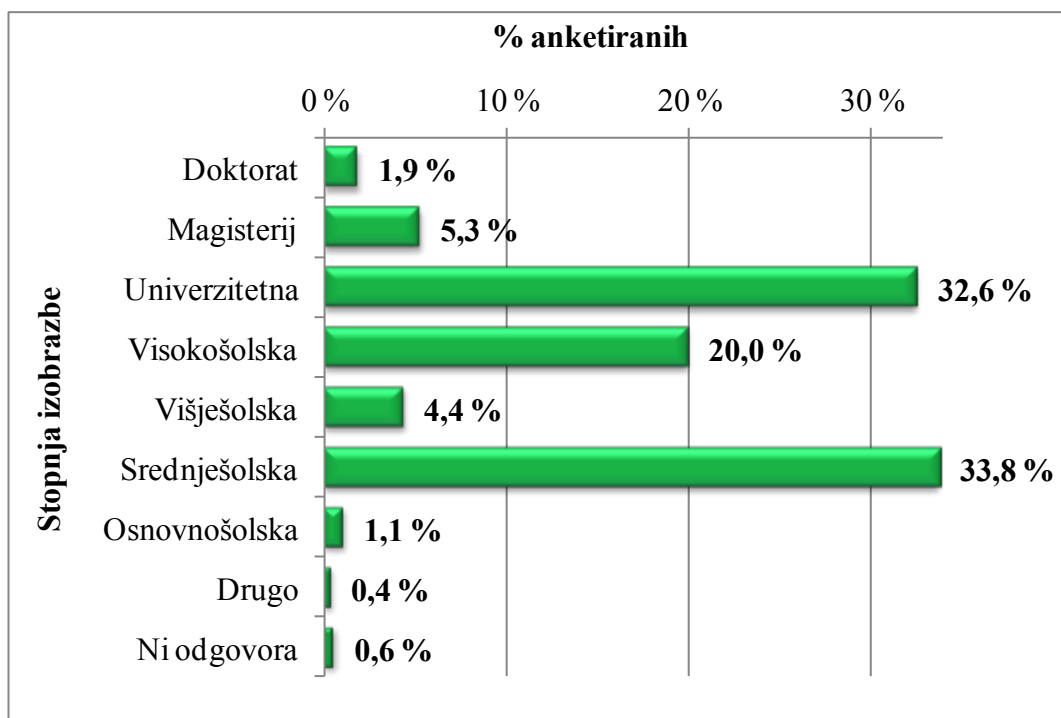
Slika 10: Bivalno okolje anketiranih

Večina (kar 66,4 %) anketirank živi v urbanem okolju; 33,6 % pa na podeželju (Slika 10).



Slika 11: Socialni status anketiranih

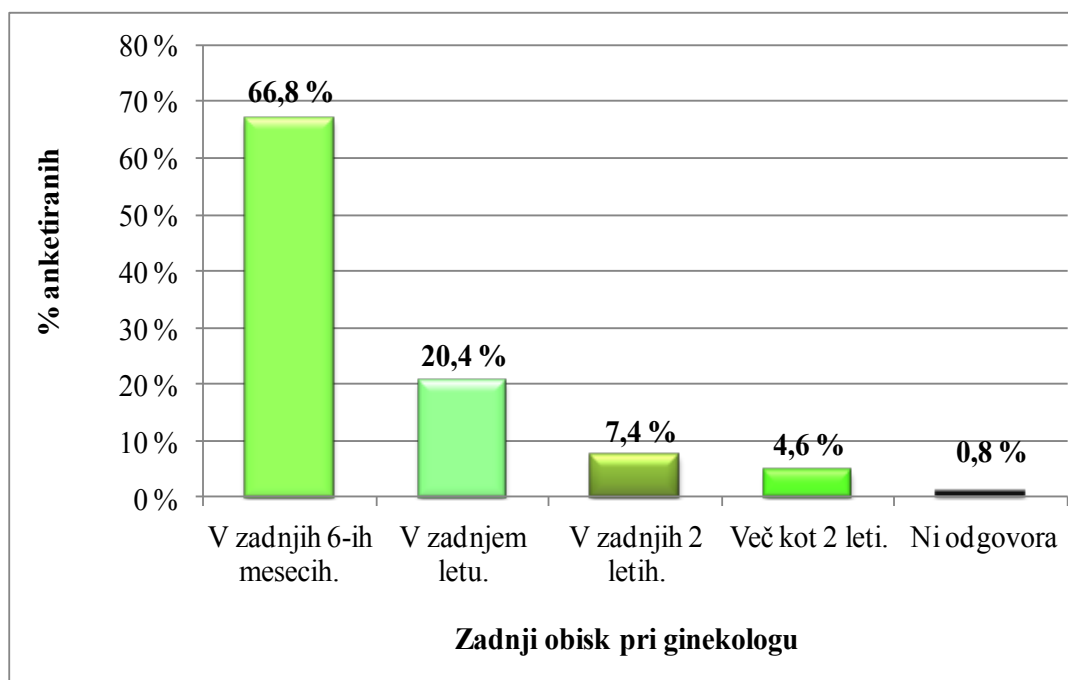
Največ, in sicer 68,5 %, se jih je uvrstilo v kategorijo zaposlenih, brezposelnih je 14,7 % žensk v vzorcu, študentk je 12,2 %. V vzorcu so tudi 4 (0,8 % vzorca) dijakinje, 18 (3,8 %) pa jih je svoj socialni status uvrstilo pod drugo (samozaposlena, gospodinja) (Slika 11).



Slika 12: Stopnja izobrazbe anketiranih

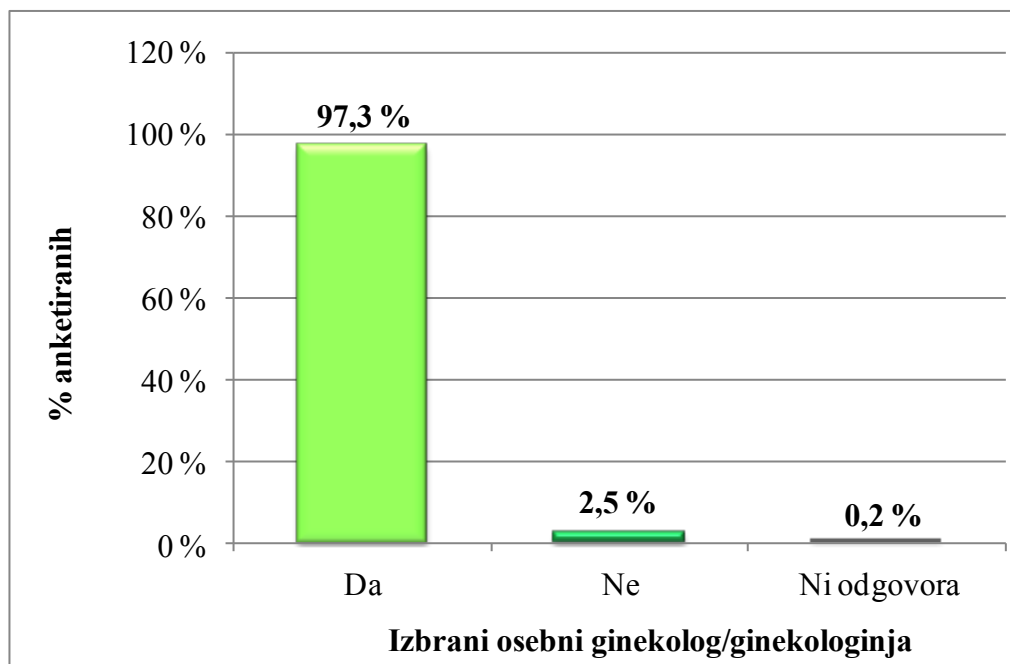
Največ, in sicer 33,8 %, anketiranih ima dokončano srednješolsko izobrazbo, univerzitetno izobrazbo ima 32,6 %, visokošolsko pa 20 % žensk v vzorcu. V vzorcu je manjši delež žensk z osnovnošolsko izobrazbo (1,1 %), višješolsko izobrazbo (4,4 %), magisterijem (5,3 %) oziroma doktoratom (1,9 %) (Slika 12).

4.2 Ginekološki pregled



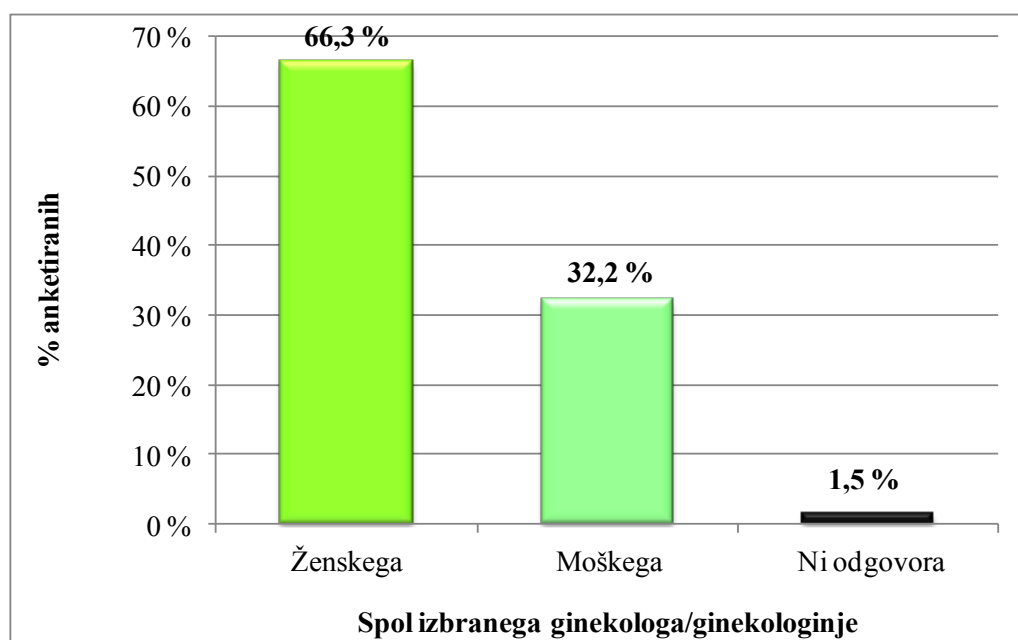
Slika 13: Zadnji obisk pri ginekologu/ginekologinji

Nekaj več kot dve tretjini anketirank (66,8 %) je bilo na ginekološkem pregledu v zadnjih šestih mesecih, v zadnjem letu je bilo pri ginekologu 20,4 % anketirank, 7,4 % jih je bilo na ginekološkem pregledu v zadnjih dveh letih, 4,2 % anketirank pa ni bilo na ginekološkem pregledu že več kot dve leti (Slika 13).



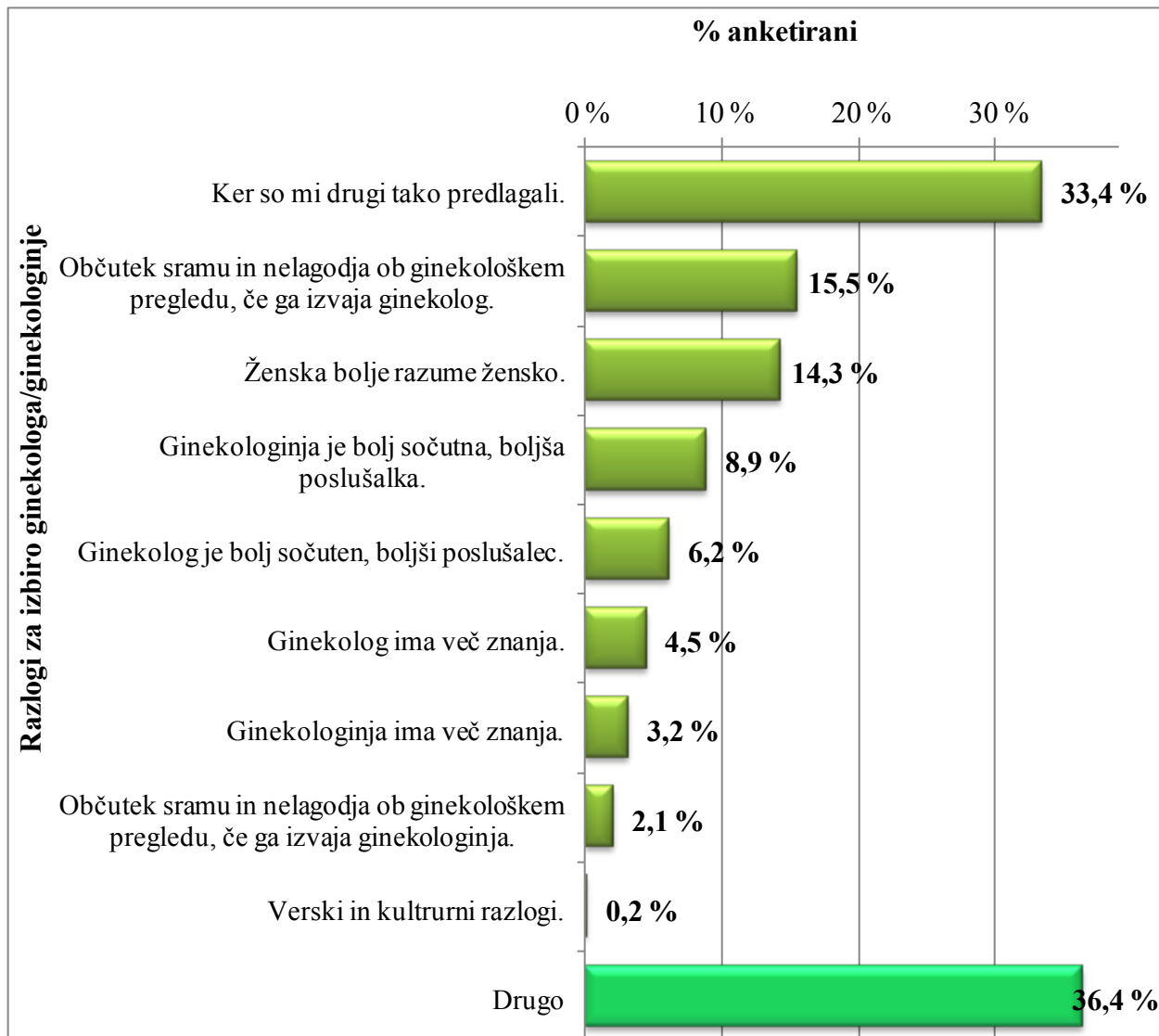
Slika 14: Izbrani osebni ginekolog/ginekologinja

Izbranega osebnega ginekologa oziroma ginekologinjo ima kar 97,3 % vprašanih. Le 2,5 % anketirank je odgovorilo, da osebnega ginekologa oziroma ginekologinje nima (Slika 14).



Slika 15: Spol izbranega ginekologa/ginekologinje

Dobri dve tretjini (66,3 %) žensk si je izbralo ginekologinjo, tretjina (32,2 %) pa ginekologa (Slika 15).

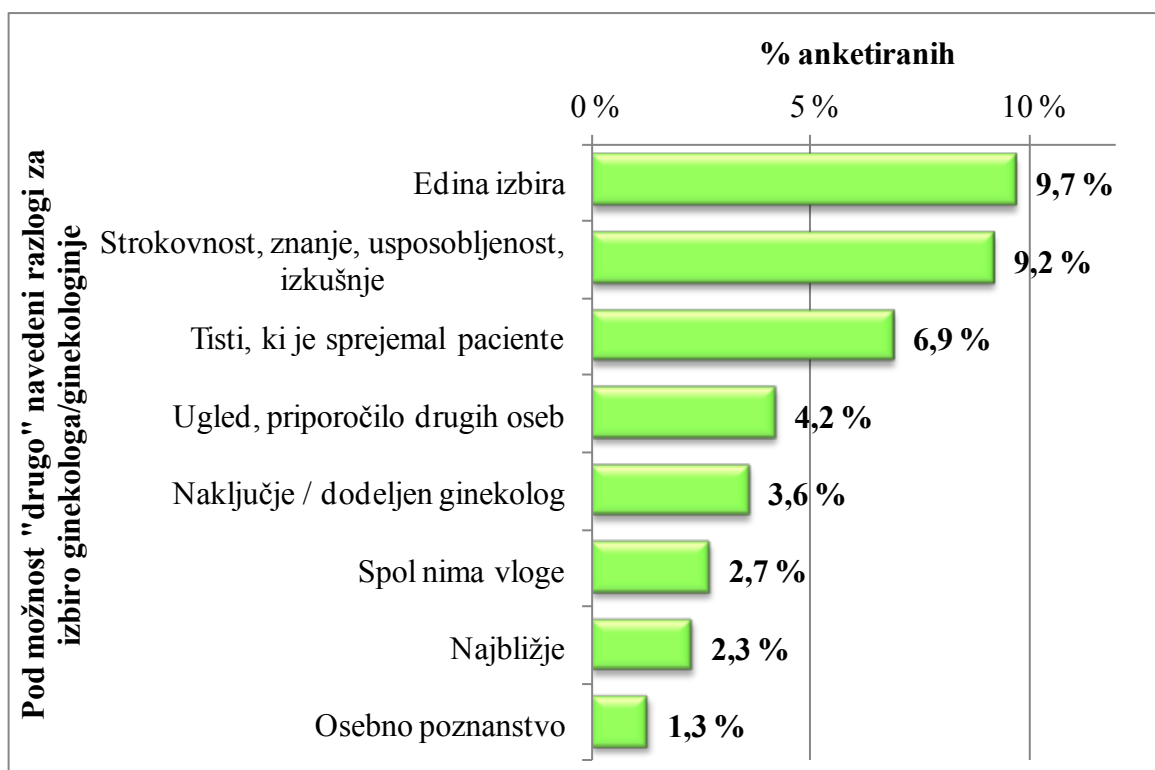


Slika 16: Razlogi za izbiro ginekologa/ginekologinjo

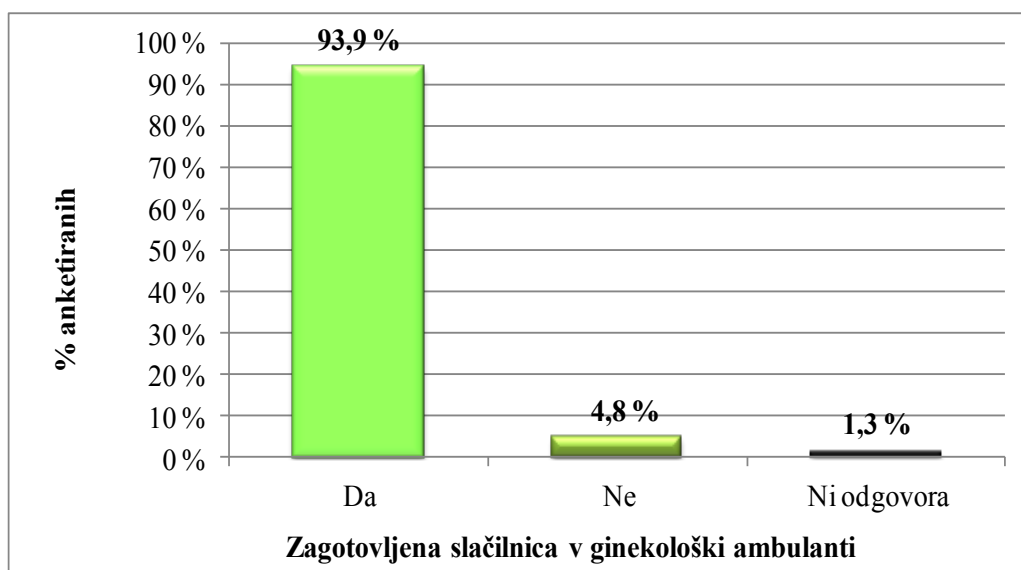
Anketiranke smo spraševali, na čem je temeljila njihova odločitev za izbiro ginekologa oziroma ginekologinje. Odločile so se lahko za več odgovorov. Približno tretjina (33,4 %) anketirank je odgovorila, da je njihova odločitev za izbranega ginekologa oziroma ginekologinjo temeljila na predlogih drugih oseb. Da je njihova izbira ginekologinja zaradi občutka sramu in nelagodja ob pregledu, če ga izvaja ginekolog, je odgovorilo 15,5 %, po drugi strani je le 2,1 % anketirank odgovorilo, da so svojega ginekologa izbrale zaradi občutkov sramu in nelagodja, če pregled izvaja ginekologinja. Da ženska bolje razume

žensko, meni 14,3% anketirank, 8,9 % meni, da je ginekologinja bolj sočutna, boljša poslušalka, 3,2 % anketirank pa meni, da imajo ginekologinje več znanja od ginekologov. Da je ginekolog bolj sočuten in boljši poslušalec, velja za 6,2% anketirank; 4,2 % jih meni, da ima ginekolog več znanja od ginekologinje. Kar 36,4 % anketirank svojega razloga za izbiro ni našla med ponujenimi odgovori, zato so svoje razloge za izbiro ginekologa oziroma ginekologinje napisale pod drugo (Slika 16).

Odpрте odgovore pod možnost drugo smo šifrirali, tako da smo iste oziroma podobne odgovore uvrstili v isto kategorijo. Da je bila to edina izbira, jih je odgovorilo 9,7 %, pri 9,2 % anketirank je odločitev temeljila na strokovnosti, znanju, usposobljenosti oziroma izkušnjah ginekologa oziroma ginekologinje. Slabih 7 % je odgovorilo, da so izbrale tistega, ki je še sprejemal paciente, preostali odgovori pa se pojavijo v manj kot 5 % primerov (ugled, priporočilo drugih oseb, naključje, bližina ginekologa oziroma ginekologinje, osebno poznanstvo). Da spol pri izbiri ni igral nikakršne vloge, je izpostavilo 2,7 % anketirank (Slika 17).

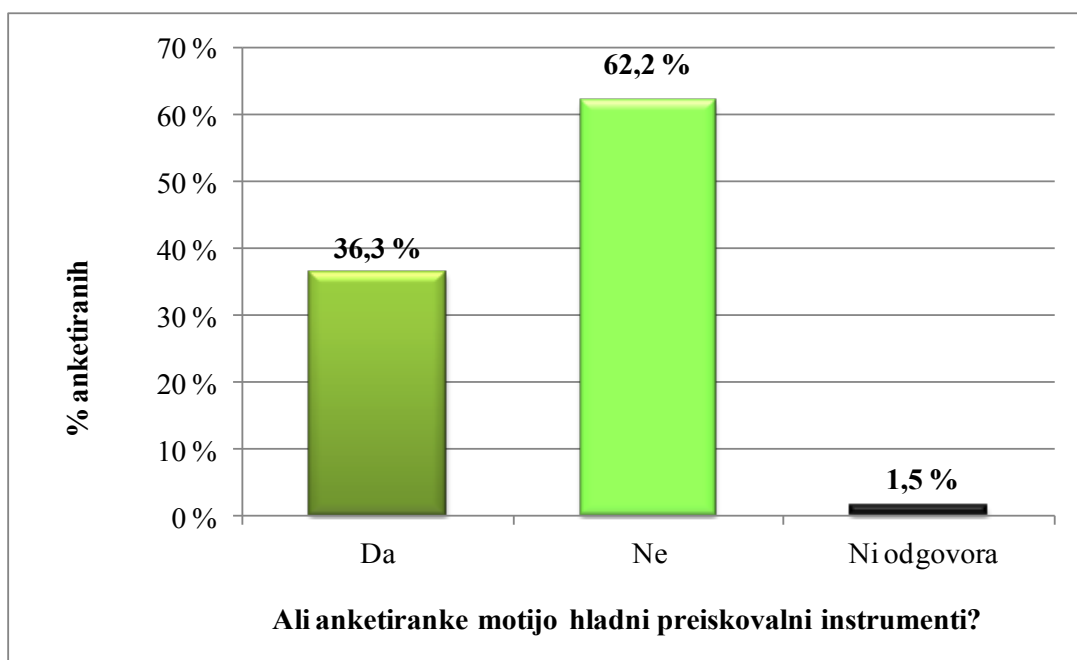


Slika 17: Pod možnost "drugo" navedeni razlogi za izbiro ginekologa/ginekologinje



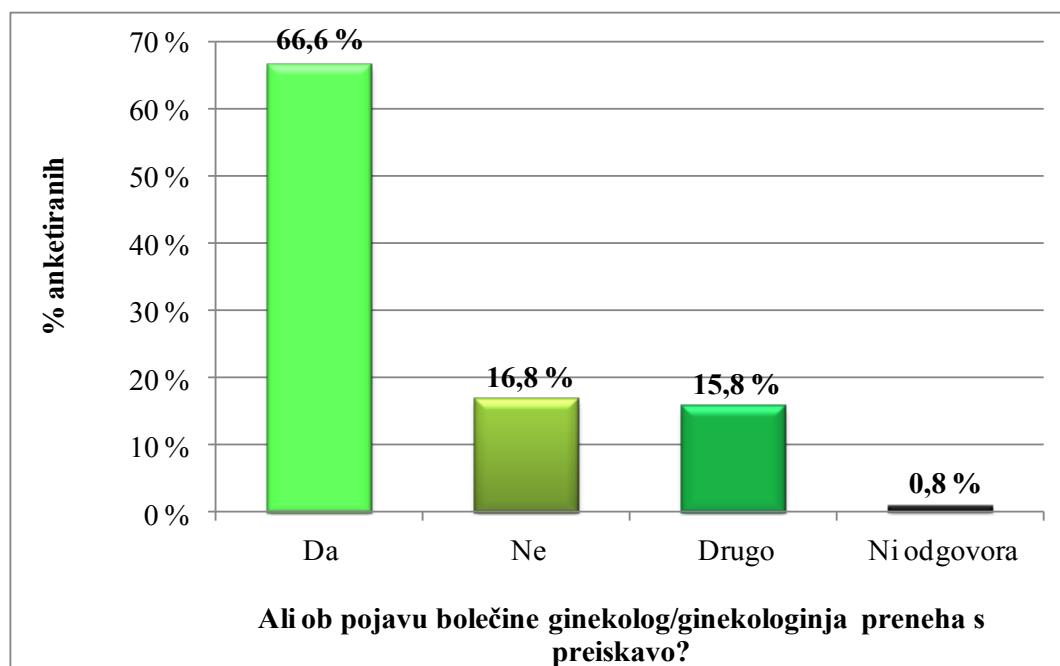
Slika 18: Zagotovljena slačilnica v ginekološki ambulanti

Da ginekološka ambulanta, ki jo obiskujejo, ima slačilnico, je odgovorilo 93,9 %; 4,8 % pa je odgovorilo, da v njihovi ginekološki ambulanti slačilnice nimajo (Slika 18).



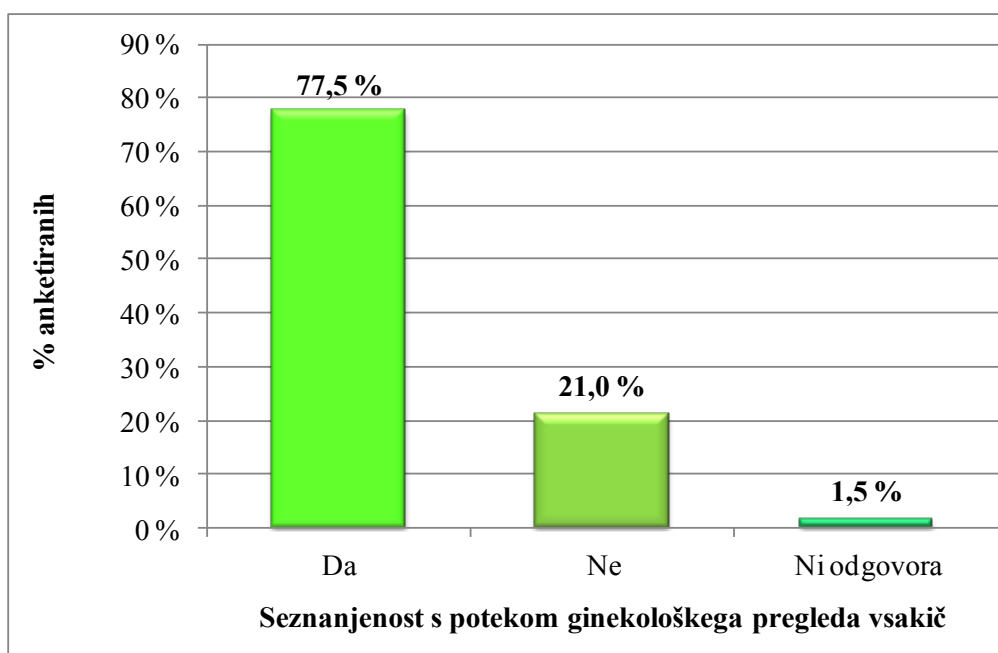
Slika 19: Anketiranke motijo hladni preiskovalni instrumenti

Med anketiranimi ženskami jih je 36,3 % izpostavilo, da jih hladni inštrumenti motijo, za 62,2 % anketirank pa to ne predstavlja težave (Slika 19).



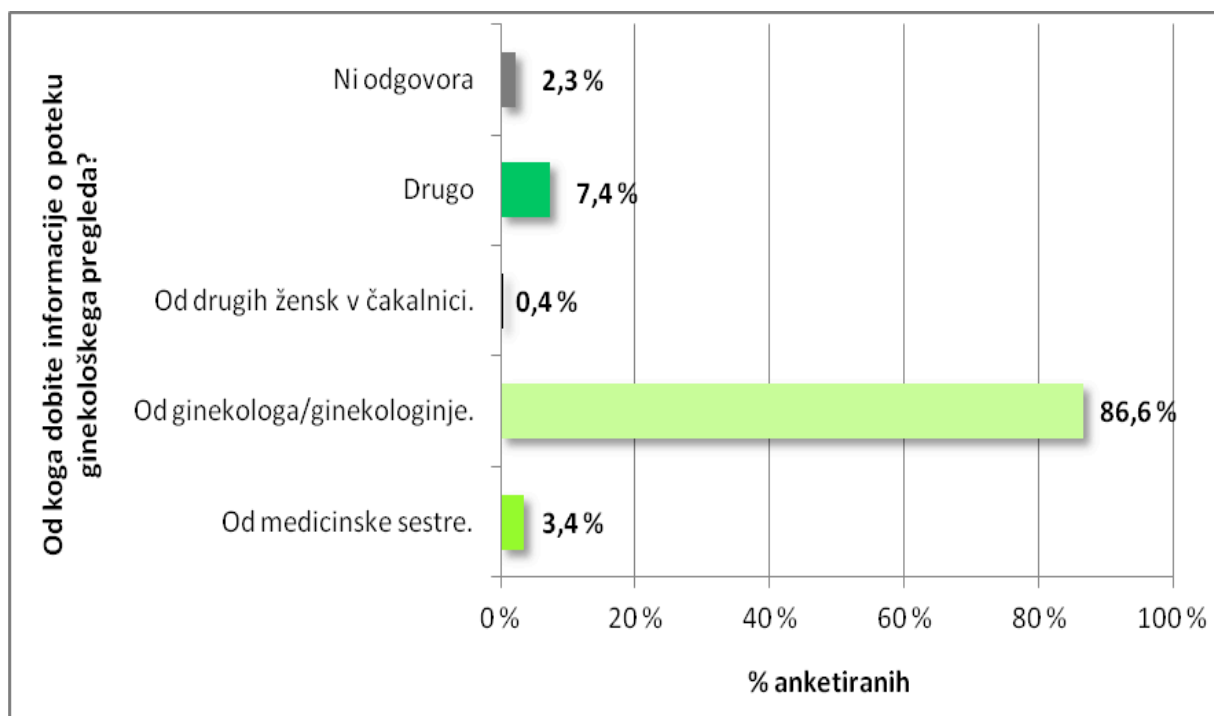
Slika 20: Ob pojavu bolečine med ginekološkim pregledom ginekolog/ginekologinja preneha s preiskavo

Da njihov ginekolog oziroma ginekologinja preneha s preiskavo v primeru pojava bolečine je odgovorilo 66,6 % anketirank, 16,8 % je označilo, da kljub pojavu bolečine ginekolog oziroma ginekologinja nadaljuje s preiskavo, 15,8 % pa je izbralo odgovor drugo. Pod drugo so najpogosteje napisale, da še niso čutile bolečine med preiskavo, da je odvisno od tega, ali je preventivni pregled in nimajo težav ali pa je prisotna bolečina že pred pregledom in postane med ginekološkim pregledom le bolj intenzivna oziroma da se ne spomnijo (Slika 20).



Slika 21: Anketiranke so vsakič seznanjene s potekom samega ginekološkega pregleda

Da so vsakič seznanjene s potekom samega ginekološkega pregleda, je odgovorilo 78,5 % anketirank, 21 % pa je odgovorilo, da s potekom niso seznanjene vsakič (Slika 21).



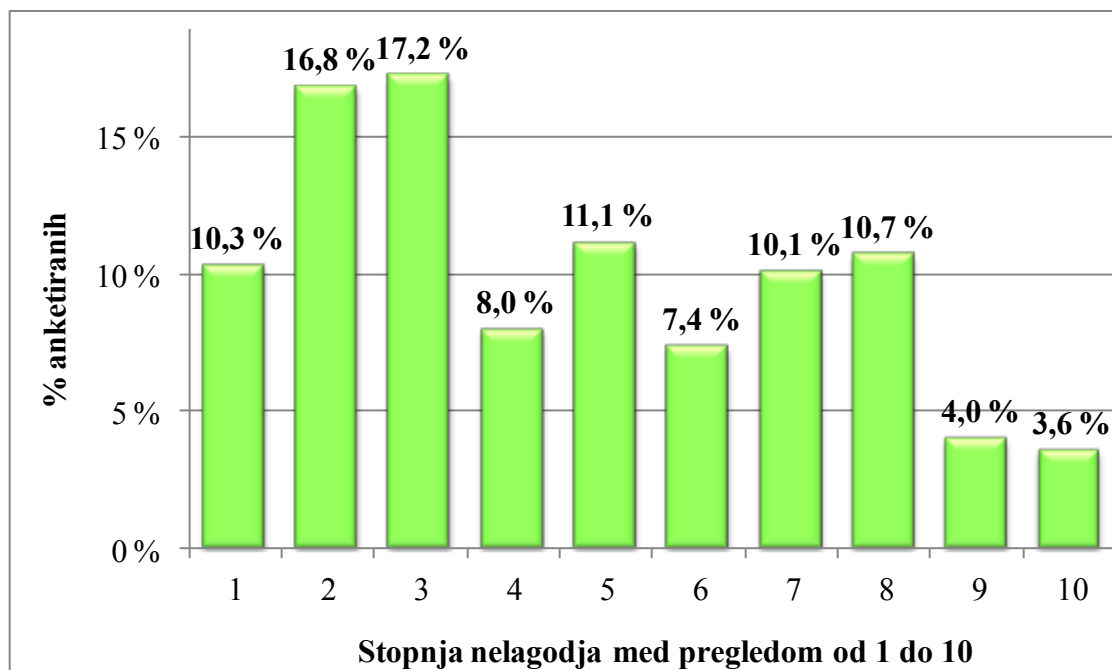
Slika 22: Informacije o poteku ginekološkega pregleda

Od ginekologa oziroma ginekologinje dobi informacije 86,6 % anketirank, od medicinske sestre pa le 3,4 %. Med odgovori se je kot vir informacij o poteku pregleda pod možnost drugo pojavil še internet in drugi mediji, nekaj pa jih je tudi odgovorilo, da sploh ne dobijo nobenih informacij o pregledu (Slika 22).

Anketiranke so ocenjevale, kako močan je občutek nelagodja med ginekološkim pregledom. Ocenjevale so po lestvici od 1 do 10, kjer 1 pomeni brez nelagodja, sproščeno in 10 močno nelagodje, napetost. Povprečna ocena nelagodja med ginekološkim pregledom je 4,59 (Preglednica 2). Za 7,6 % anketiranih lahko sklepamo, da občutijo močno nelagodje, saj so ocenile z vrednostjo 9 oziroma 10. Po drugi strani je kar 44,3 % nelagodje med pregledom ocenilo z ocenami od 1 do 3 (Slika 23).

Preglednica 2: Stopnja nelagodja med ginekološkim pregledom

N	Veljavni	472
	Brez odgovora	4
Povprečje		4,59
Standardni odklon		2,609
Minimum		1
Maksimum		10

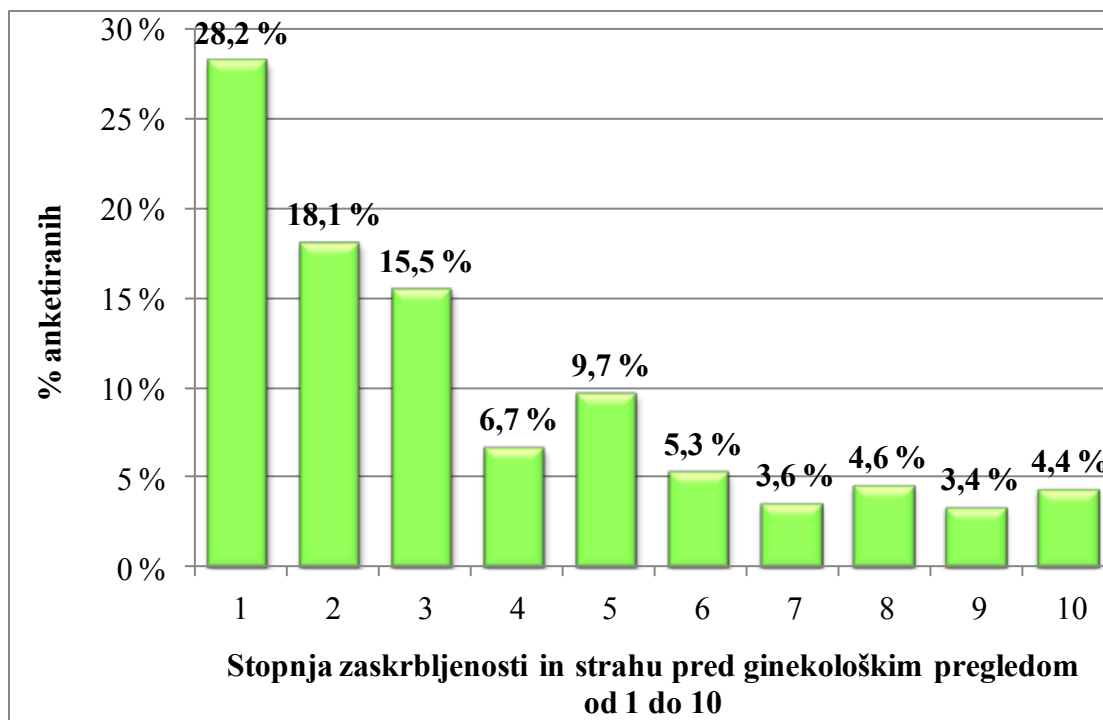


Slika 23: Stopnja nelagodja med ginekološkim pregledom

Anketiranke smo prosili, da na lestvici od 1 do 10, kjer 1 pomeni, da zaskrbljenost in strah nista prisotna, in 10, da sta zaskrbljenost in strah močno prisotna, označijo, kako močno ju doživljajo pred približujočim se ginekološkim pregledom. Povprečna ocena je 3,56 (Preglednica 3). Največ anketirank, in sicer 28,2 %, je dalo oceno 1, torej, da so pred približujočim se ginekološkim pregledom popolnoma brez strahu in zaskrbljenosti. Oceno 10 je dalo 4,4 % anketirank (Slika 24).

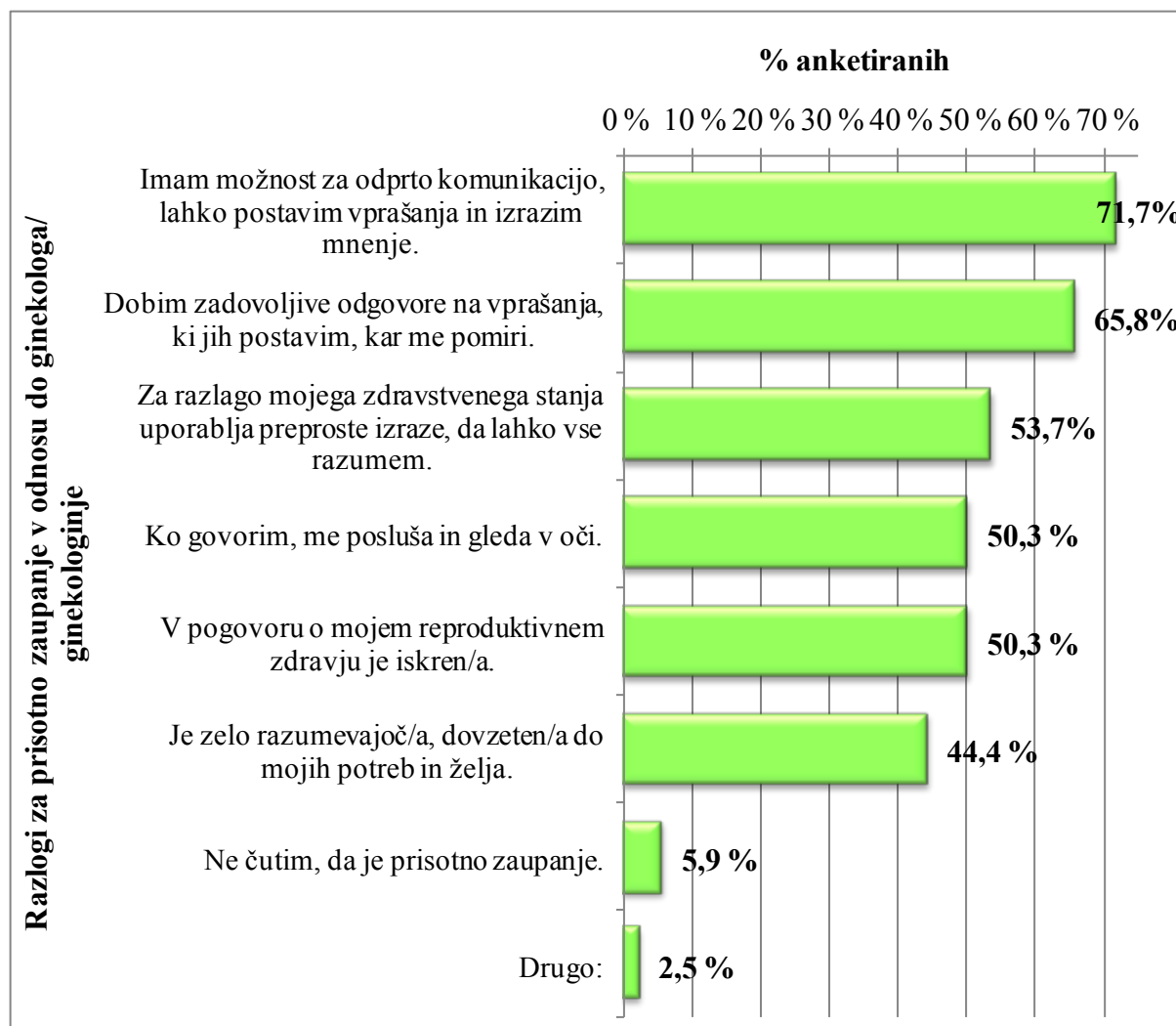
Preglednica 3: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom

N	Veljavni	473
	Brez odgovora	3
Povprečje		3,56
Standardni odklon		2,660
Minimum		1
Maksimum		10



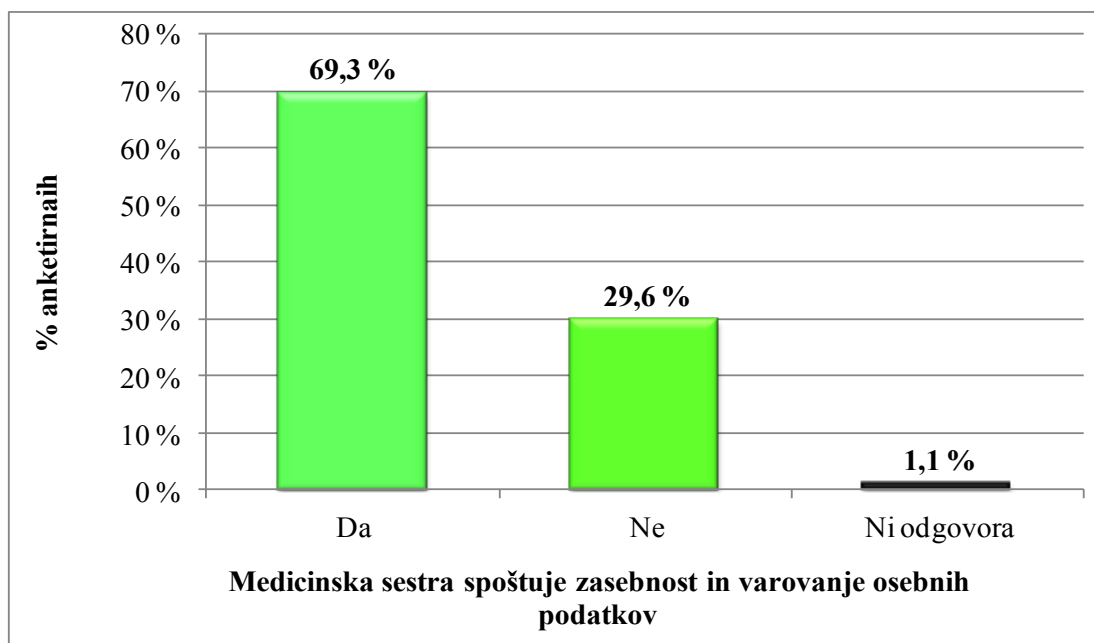
Slika 24: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom

Anketiranke smo spraševali, ali čutijo, da je med njimi in izbranim ginekologom oziroma ginekologinjo prisotno zaupanje in kako ga vzdržujejo. Odločale so se lahko za več odgovorov. Le 5,9 % anketirank je odgovorilo, da ne čutijo, da je med njimi in njihovim izbranim ginekologom oziroma ginekologinjo prisotno zaupanje. Skoraj 72 % je odgovorilo, da imajo možnost odprte komunikacije, da lahko postavijo vprašanje in izrazijo mnenje. Skoraj dve tretjini (65,8 %) anketirank je odgovorilo, da na zastavljena vprašanja dobijo zadovoljive odgovore, kar jih pomiri. Da je njihov izbrani ginekolog oziroma ginekologinja zelo razumevajoč/a oziroma dovzeten/a do njihovih potreb in želja, meni le 44,4 % anketirank. Dobra polovica žensk (50,3 %) čuti, da je zaupanje prisotno in ga vzdržujejo tako, ker je ginekolog oziroma ginekologinja iskren/a v pogovoru o njihovem reproduktivnem zdravju (Slika 25).



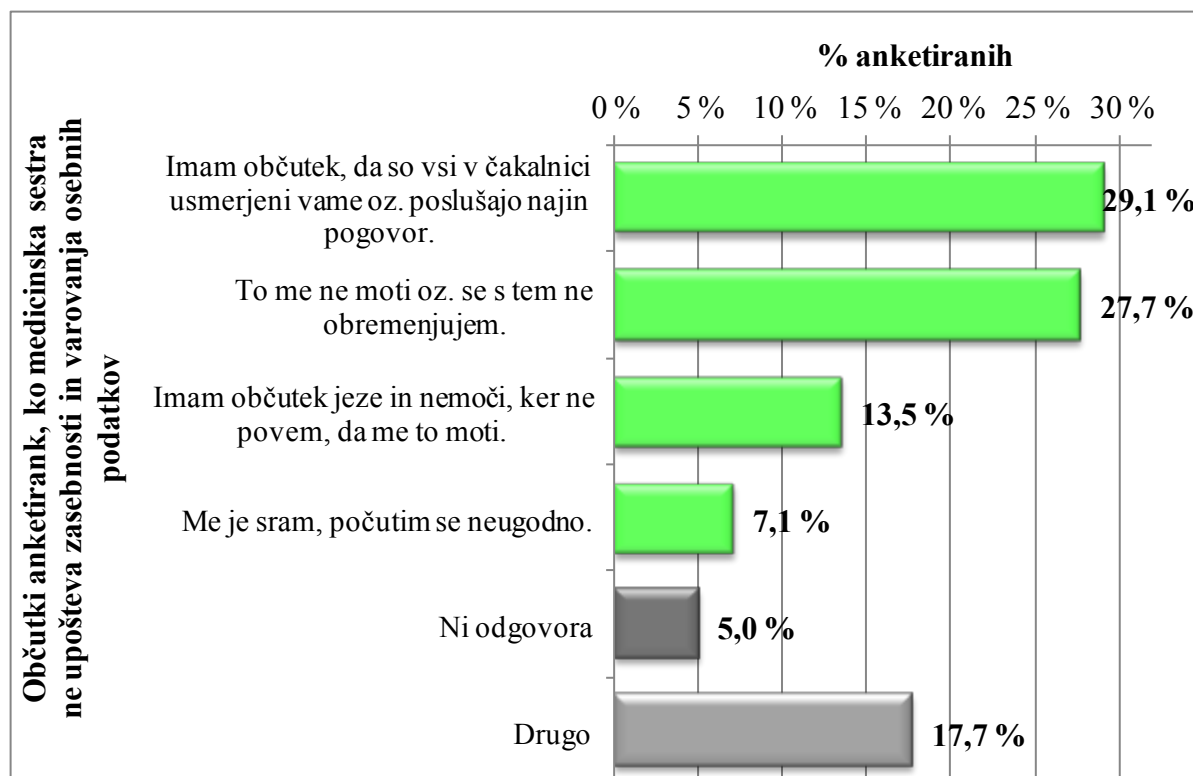
Slika 25: Med anketirankami in njihovim izbranim ginekologom/ginekologinjo vlada zaupanje, ki ga vzdržujejo na različne načine

Da medicinska sestra upošteva zasebnost in varovanje osebnih podatkov je odgovorilo 69,3 % vprašanih; 29,6 % pa je odgovorilo, da medicinska sestra po njihovem mnenju ne upošteva zasebnosti oziroma varovanja osebnih podatkov (Slika 26).

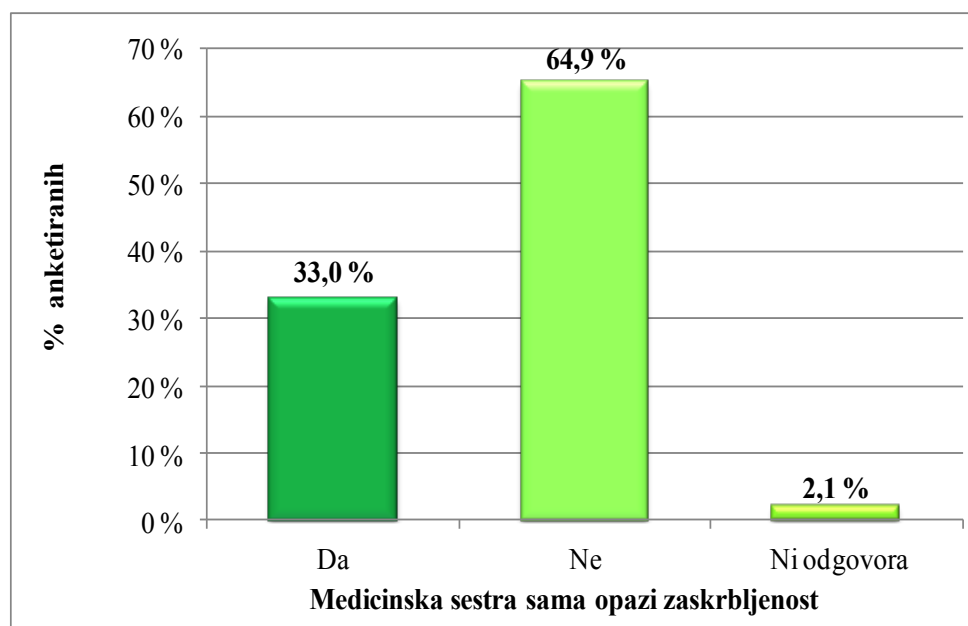


Slika 26: Medicinska sestra spoštuje zasebnost in varovanje osebnih podatkov

Med tistimi, ki so odgovorile, da medicinska sestra ne upošteva zasebnosti in varovanja osebnih podatkov, jih pravi 29,1 %, da imajo občutek, da so vsi v čakalnici usmerjeni v njih ter da poslušajo njun pogovor; 27,7 % to sploh ne moti oziroma se s tem ne obremenjuje; 13,5 % pa je odgovorilo, da občutijo jezo in nemoč, ker ne povedo, da jih to moti. Da jih je sram in se ob tem počutijo neugodno, pravi 7,1 % anketiranih (Slika 27).

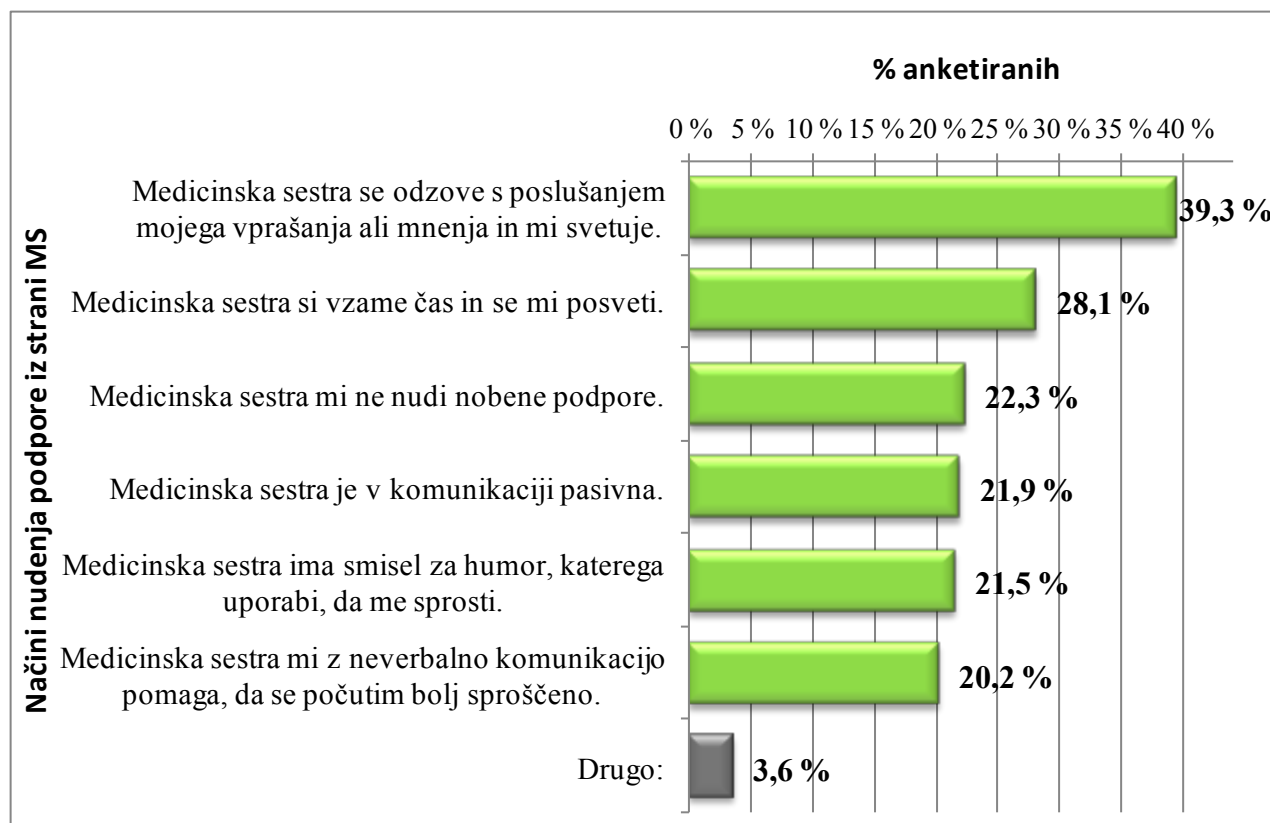


Slika 27: Počutje anketirank, ko medicinska sestra ne upošteva zasebnosti in varovanja osebnih podatkov



Slika 28: Medicinska sestra sama opazi zaskrbljenost anketirank in jih vpraša o počutju, medtem ko čakajo

Tretjina (33 %) anketirank je odgovorila, da medicinska sestra sama opazi, da so zaskrbljene in jih zato povpraša o njihovem počutju, medtem ko čakajo. Da temu ni tako, je odgovorilo kar 64,9 % anketirank (Slika 28).



Slika 29: Medicinska sestra nudi anketirankam zadostno podporo tako, da zmanjša njihov strah pred ginekološkim pregledom

Pri vprašanju, ali jim medicinska sestra nudi zadostno podporo tako, da zmanjša strah in na kakšen način, so se lahko odločile za več odgovorov. Da se medicinska sestra odzove s poslušanjem njihovih vprašanj in mnenj ter jim svetuje, je odgovorilo 39,3 % anketirank. Pri 28,1 % vprašanih si medicinska sestra vzame čas in se jim posveti. Nekaj več kot 20 % jih je odgovorilo, da jim medicinska sestra ne nudi nobene podpore ter da je v komunikaciji pasivna. Da ima medicinska sestra smisel za humor, ki ga uporabi, da sprosti pacientko, je odgovorilo 21,5 % vprašanih; 20,2 % pa je odgovorilo, da jim medicinska sestra z neverbalno komunikacijo pomaga, da se počutijo bolj sproščeno (Slika 29).

4.3 Mnenja in razmišljanja anketirank

Anketirankam smo v tretjem delu vprašalnika omogočili, da ob koncu ankete zapišejo pripombe, mnenja ali občutke, ki jih doživljajo pred, med ali po ginekološkem pregledu, pa jih z vprašalnikom nismo zajeli. Burns in Grove (32) opisujeta način združevanja oziroma kodiranja podatkov, ki smo ga tudi sami uporabili. Odgovore smo kodirali tako, da smo združili iste odgovore (kode) v kategorije. Te kategorije so:

- **občutki žensk ob ginekološkem pregledu,**
- **odnos zdravstvenega osebja (medicinske sestre in ginekologa/ginekologinje),**
- **zasebnost,**
- **organizacija.**

V nadaljevanju so predstavljene navedene kategorije z vključenimi izjavami anketirank.

a) Občutki žensk ob ginekološkem pregledu

- »Zame so ginekološki pregledi rutinski, nimam nobenih posebnih problemov s tem. Medicinske sestre so pri nas malo sitne, se pa da preživeti.«
- »Težko je biti mehek in sproščen, če je prisoten močan občutek nelagodja, ginekološki pregled je običajno zelo stresen.«
- Strah oziroma nelagodje je odvisno od tega, zakaj pridem na pregled – rutinski (bris), nosečnost.«
- »Sam ginekološki pregled me ne vznemirja. Sem sproščena in to pač vzamem kot rutino, ki je potrebna za moje zdravje. Med nosečnostjo me je pa skrbelo pred pregledom, ampak zgolj izid oziroma ali bo vse v redu.«
- Pred pregledom sem vedno v skrbeh, ali sem dovolj in ustrezno urejena.«
- Pred nosečnostjo so bili strahovi pred ginekološkimi pregledi in neugodja večja. Sedaj, ko sem noseča, pa je to bolj pogosto, se kar navadiš.«
- »Nelagodje.«
- »Strah.«
- »Moti me prisotnost medicinske sestre ob samem ginekološkem pregledu.«
- »Ginekološki pregled smatram kot nekaj neizogibnega, v pomenu "kar je treba, ni težko", se pa močno stopnjuje neprijeten občutek, če je ginekolog nepozoren, grob, ne poslušaj, za nekatere ženske so take izkušnje že na meji s travmo.«

- »Ginekološki pregled vzamem kot "nujno zlo" in se z njim ne obremenjujem, še manj pa sramujem. Pomembno je hoditi v ambulantu na nivoju, v katerem se ti ginekolog in medicinska sestra posvetita in ne h ginekologu/inji, ki je v ambulanti pasivna in sama sebi namen. Ginekolog je v ambulanti zaradi pacientov in ne obratno.«

b) Odnos zdravstvenega osebja

Medicinska sestra:

- »Sestre so nervozne, nič jih ne smeš vprašati.«
- »Predvsem si želim več informacij.«
- »Pred operativnimi posegi slabo informiranje, po operativnih posegih slaba koordinacija osebja, nepredstavljen dnevni red v bolniški sobi.«
- »Niso vse za vsak poklic. Če je osebje v redu, spregledaš marsikatero pomanjkljivost. Ima pa tudi osebje težko delo zaradi težkih pacientov – začaran krog.«
- »Ginekologinja je prijazna, natančna, strokovna, žal pa MS v teh vrlinah še malo "šepajo".«
- »V ginekološki ambulanti v bolnici Izola so sestre neprijazne in živčne, kar se vidi med delom in sprejemom.«
- »Morda bi bil smiseln kontakt na bolj osebni ravni s pogledom v oči vsakič, ko človek pride na pregled in potem malo heca in bi ženske imele manj težav.«

Ginekolog oziroma ginekologinja:

- »Žal imam občutek, da vsakič, ko pridem h ginekologinji, ima zame manj časa.«
- »Zelo sem hvaležna svoji ginekologinji za podporo in strokovno pomoč. Za vprašanja je kadarkoli dosegljiva tudi po mailu, kar mi veliko pomeni.«
- »Za žensko traja zelo dolgo, da pride do zelo dobrega ginekologa, namreč v Sloveniji je ogromno slabih ginekologov z nečloveškim odnosom.«
- »Všeč bi mi bilo, če bi ginekolog bil prijazen, iskren pogovor, nežen med pregledom (pogosto me boli), me ustrezno zdravil in prisluhnil težavam in mojemu strahu, tako pa tega nimam, izbrala sem pa njega, ker je strokovnjak za IVF postopke.«
- »Sama prijaznost ni dovolj, manjka občutek, da te na drugi strani nekdo dejansko posluša in je fokusiran, težko popolnoma zaupam strokovnosti, vse poteka po "trotl" sistemu, ginekologi se premalo izobražujejo, zgodi se, da pacientka več ve. Več

odgovornosti bi morali prenesti na sestre, ki so sedaj administratorke, jih poučiti o osnovnem pregledu, jemanju brisa, tako bi skrajšali čakalne dobe.«

- »Problem so izredne situacije, ko si v bolnici in naletiš na ginekologe, ki te naderejo kot kakšno najstnico.«
- »Preobremenjenost zdravnika.«
- »Na zadnjem pregledu, kjer je bila ginekologinja, me ni poslušala, uporabila je kar 4 spekulume, trdila je, da vidi maternični vrat, pa ga nimam več, skratka, zdi se mi, kot da bi iskala nekaj, česar sploh ni. Zato se mi zdi, da moje zaupanje v ginekologinje močno peša in zaradi tega imam raje moške.«
- »Moti me, ker so večinoma zdravniki zelo nenaklonjeni alternativnim zdravljenjem (bioidentični hormoni).«
- »Moti me odrezavost v odgovorih in večkrat pomanjkanje zdravničnega časa.«
- »Ginekoloških pregledov ne maram, posebno ne pri moji ginekologinji, je pa treba priznati, da se med pregledom poheca, me poskusi sprostiti. Ne zaupam ji strokovno, medtem ko drugim zaupam strokovno (APN, porodnišnica, Zdravstveni center Dravlje).«
- »Ginekološki pregledi so mi dokaj neprijetno opravilo, vendar pa je moja ginekologinja zelo dobra, pomirjujoča in razumevajoča. Po navadi sem po pogovoru z njo zelo zadovoljna.«
- »Ginekologinja se preveč drži "osebnega budgeta", zato mi kljub težavam ne izda napotnic za strokovnjake in moram slednje prejeti od zdravnice.«
- »Ginekologinja je prijazna, natančna, strokovna, žal pa MS v teh vrlinah še malo "šepajo".«
- Če bi ginekologi poskrbeli, da bi bili pregledi pri njih manj neprijetni in boleči, potem se v program Zora ne bi vključevalo zgolj 70 % žensk.«

c) Zasebnost

- »V stari porodnišnici v Ljubljani npr. ni poskrbljeno za nobeno zasebnost.«
- »V ginekološki ambulanti v bolnici Izola ni nobene zasebnosti, kar me zelo moti.«
- »Težava je v obravnavi na višjem nivoju GKLJ – problem zasebnosti, stvari moraš razlagati še pred kakšno drugo pacientko, sestra se pa prav nič ne sekira. Njen največji problem je jamranje, da je danes veliko pacientov.«

- »Iz slačilnice se npr. sliši čisto vse o prejšnji pacientki in njenem zdravstvenem stanju, ker slačilnica meji na ambulantno. To se mi zdi najbolj pereč problem in potem je tudi meni malo čudno o sebi razlagati, ker vem, da me poslušajo osebe v slačilnici, s katerimi sem prej delila čakalnico. GROZNO.«
- »Moti me, če je ginekološka miza pred oknom, pri polni svetlobi. V Ljubljani na ginekološki kliniki je bila celo tako postavljena, da sem iz mize videla učence v razredu Medicinske fakultete.«
- »Medicinska sestra preveč sprašuje osebne stvari v čakalnici!!!«

d) Organizacija

- »Včasih je nadležno dolgotrajno čakanje (več ur) in poslušanje drugih pacientk v čakalnici.«
- »Čakaš približno dve uri.«
- »Obiskujem Leonišče in tam je največji problem čakanje, nedelovanje laboratorija in porazna organizacija dela.«
- »Kar je treba, je treba, samo čakanje pred pregledom je pa predolgotrajno.«

4.4 Statistična analiza

4.4.1 Vpliv demografskih dejavnikov na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom

Zanimalo nas je, kako demografski dejavniki vplivajo na stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred približujočim se ginekološkim pregledom ter na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom. Oblikovali smo prvo hipotezo, ki smo jo preverili s statistično analizo omenjenih spremenljivk. Za statistično analizo smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient, t-test za neodvisne vzorce in Spearmanov korelacijski koeficient.

Hipoteza 1: Demografske značilnosti vplivajo na doživljanje ginekološkega pregleda.

4.4.1.1 Starost

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili, kako je starost povezana s stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom.

Izkazalo se je, da starost ni statistično pomembno povezana niti s stopnjo nelagodja med pregledom ($r = -0,070$, $p = 0,132$) niti s stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred pregledom ($r = -0,075$, $p = 0,106$) (Preglednica 4).

Preglednica 4: Pearsonov korelacijski koeficient povezanosti starosti s stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom

		Starost
Stopnja nelagodja med pregledom	r	-,070
	p (2-smerno)	,132
	N	463
Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom	r	-,075
	p (2-smerno)	,106
	N	464

4.4.1.2 Bivalno okolje

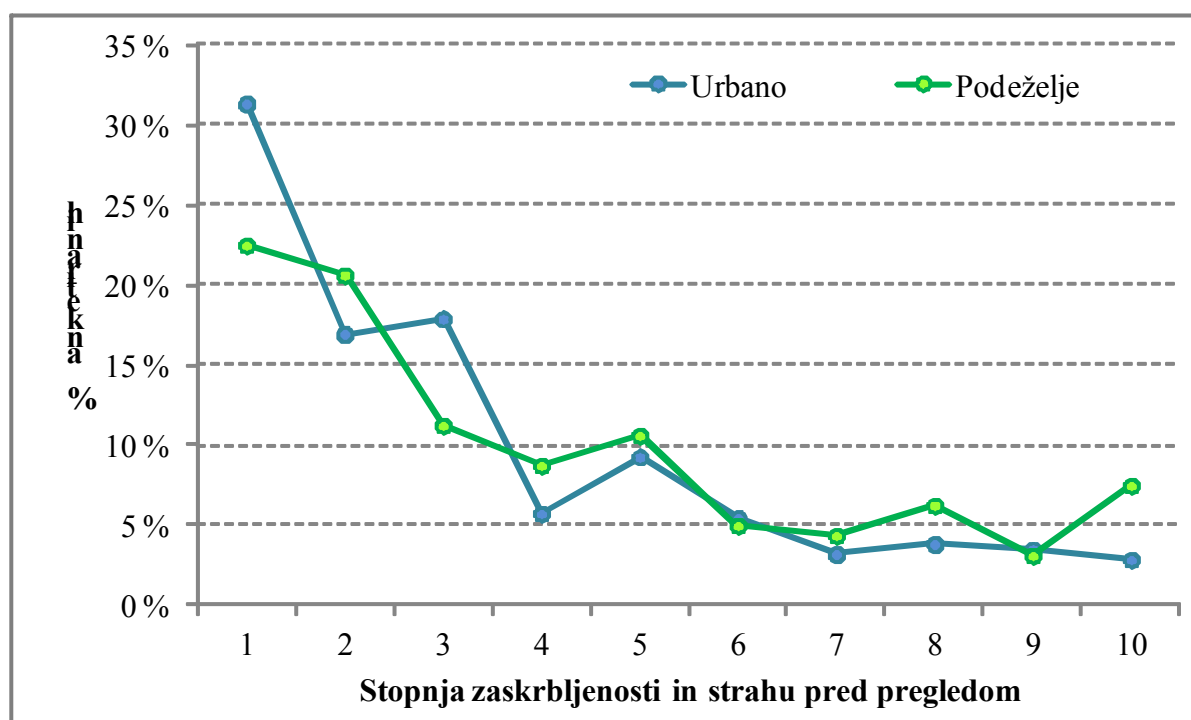
S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, če se stopnja nelagodja med pregledom ter stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom razlikuje med anketirankami, ki živijo v urbanem okolju in tistimi, ki živijo na podežlju.

Izkazalo se je, da kljub temu, da imajo anketiranke iz podeželja višjo povprečno vrednost spremenljivke, ki meri stopnjo nelagodja med pregledom, kot anketiranke iz urbanega okolja, razlika ni statistično pomembna ($t = -1,345$, $p = 0,179$), torej ni možno z veliko gotovostjo trditi, da obstaja. Razlika pa je statistično pomembna v stopnji zaskrbljenosti in strahu pred prihajajočim ginekološkim pregledom ($t = -2,436$, $p = 0,015$), in sicer anketiranke, ki živijo na podežlju, pred ginekološkim pregledom doživljajo višjo stopnjo zaskrbljenosti in strahu kot anketiranke, ki živijo v urbanem okolju (Preglednica 5 in Slika 30).

Preglednica 5: T-test za neodvisne vzorce za primerjavo stopnje nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnje zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom s tistimi ženskami, ki živijo v urbanem okolju in tistimi, ki živijo na podežελju

	Bivalno okolje	N	M	SD	SE	t (p)
Stopnja nelagodja med pregledom	Urbano	313	4,48	2,524	,143	-1,345 (0,179)
	Podeželje	159	4,82	2,762	,219	
Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom	Urbano	313	3,34	2,527	,143	-2,436 (0,015)
	Podeželje	160	3,99	2,863	,226	

N – število; M – povprečje; SD – standardni odklon; SE – standardna napaka povprečja



Slika 30: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom glede na bivalno okolje

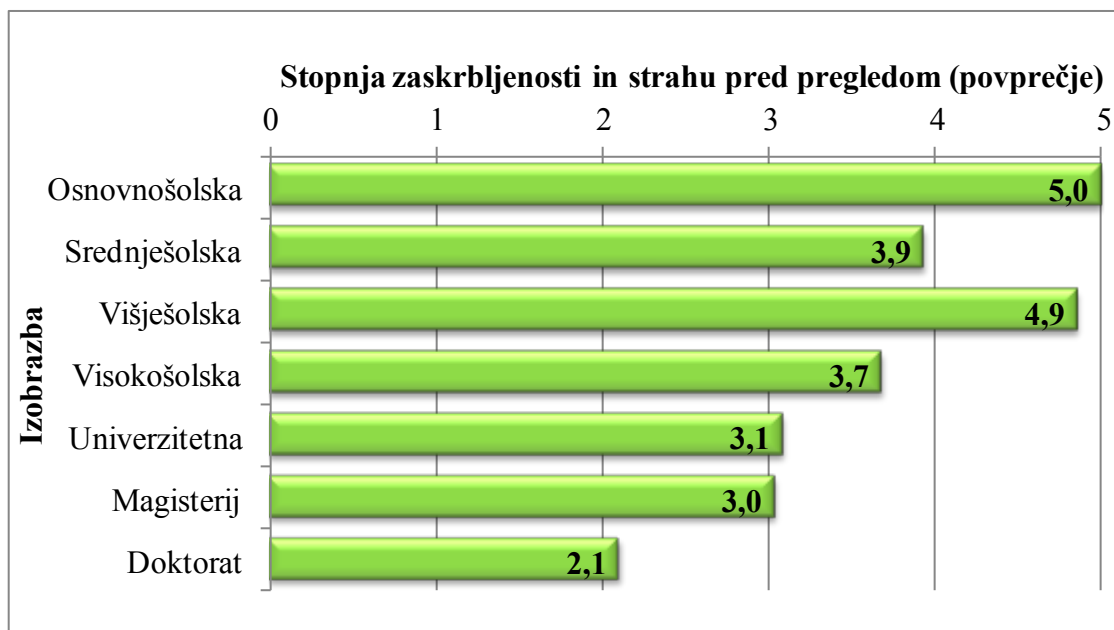
4.4.1.3 Izobrazba

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverili, če dosežena stopnja izobrazbe vpliva na stopnjo nelagodja med pregledom ter na stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred pregledom.

Izkazalo se je, da je stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom šibko, a statistično pomembno negativno povezana s stopnjo izobrazbe ($r_s = -0,153$, $p = 0,001$), kar pomeni, da anketiranke z višjo stopnjo izobrazbe doživljajo manj strahu in zaskrbljenosti pred ginekološkim pregledom kot anketiranke z nižjo stopnjo izobrazbe. Za stopnjo nelagodja med pregledom pa ni možno trditi, da je povezana s stopnjo izobrazbe ($r_s = -0,068$, $p = 0,144$) (Preglednica 6 in Slika 31).

Preglednica 6: Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti stopnje izobrazbe s stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom

		Izobrazba
Stopnja nelagodja med pregledom	r_s	-,068
	p (2-smerno)	,144
	N	467
Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom	r_s	-,153**
	p (2-smerno)	,001
	N	468
** p < 0,01		



Slika 31: Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom glede na izobrazbo (povprečje)

Ker so rezultati pokazali povezanost med bivalnim okoljem in izobrazbo anketiranih v povezavi s prisotnostjo zaskrbljenosti in strahu pred približujočim se ginekološkim pregledom, lahko **prvo hipotezo sprejmemo**, zato sprejmemo sklep, da so demografske značilnosti pomemben dejavnik pri doživljanju ginekološkega pregleda žensk. Ženske z višjo izobrazbo in tiste, ki živijo v urbanem okolju, doživljajo nižjo stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom kot tiste ženske, ki imajo nižjo izobrazbo in živijo na podeželju.

4.4.2 Vpliv medicinske sestre na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom

Drugo hipotezo smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce, če se stopnja nelagodja med pregledom ter stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom razlikujeta med anketirankami, ki so na vprašanje, če medicinska sestra sama opazi, da so zaskrbljene in jih vpraša o njihovem počutju, medtem ko čakajo, odgovorile pritrdilno in tistimi, ki so to zanikale.

Hipoteza 2: Medicinske sestre pomembno prispevajo k zmanjšanju nelagodja in zaskrbljenosti pred in med ginekološkim pregledom.

Pri tistih anketirankah, ki jih medicinska sestra povpraša o počutju in opazi, da so zaskrbljene, to je pri 156 ali 32,8 % anketirankah, je povprečje stopnje nelagodja med pregledom ter stopnje zaskrbljenosti in strahu pred pregledom nižje kot pri 308 ali 64,8 % anketirank, ki jih medicinska sestra ne povpraša o počutju in ne opazi njihove zaskrbljenosti. Ob analizi se je izkazalo, da razlike med skupinama niso statistično značilne niti za stopnjo nelagodja med pregledom ($t = -0,888$, $p = 0,375$) niti za stopnjo zaskrbljenosti in strahu pred pregledom ($t = -0,931$, $p = 0,352$) (pri interpretaciji rezultatov smo upoštevali $\alpha = 0,05$) (Preglednica 7).

Preglednica 7: T-test za neodvisne vzorce za primerjavo stopnje nelagodja med ginekološkim pregledom ter stopnje zaskrbljenosti in strahu pred ginekološkim pregledom med anketirankami, pri katerih medicinska sestra opazi njihovo zaskrbljenost in jih vpraša po počutju in med tistimi, ki jih ne

	Ali medicinska sestra sama opazi, da ste zaskrbljeni in vas vpraša o vašem počutju, medtem ko čakate?	N	M	SD	SE	t (p)
Stopnja nelagodja med pregledom	Da	156	4,44	2,679	,214	-0,888 (0,375)
	Ne	308	4,66	2,553	,145	
Stopnja zaskrbljenosti in strahu pred pregledom	Da	156	3,37	2,578	,206	-0,931 (0,352)
	Ne	309	3,61	2,645	,150	
N – število; M – povprečje; SD – standardni odklon; SE – standardna napaka povprečja						

Glede na prikazane rezultate v raziskavi *druge hipoteze ne moremo sprejeti*, zato sprejmemo sklep, ki pravi, da medicinske sestre pomembno prispevajo k zmanjšanju nelagodja in zaskrbljenosti pred in med ginekološkim pregledom. Četudi so rezultati taki, zasledimo v literaturi poudarek na odnosu medicinske sestre do žensk, ki pridejo na ginekološki pregled. Zato menimo, da medicinska sestra predstavlja pomembno vlogo pri doživljanju ginekološkega pregleda žensk.

5 RAZPRAVA

Rezultati naše raziskave so pokazali in potrdili prvo hipotezo, da demografski dejavniki, natančneje bivalno okolje in stopnja izobrazbe, vplivajo na doživljanje ginekološkega pregleda. Izkazalo se je, da ženske, ki živijo na podeželju, doživljajo pred samim ginekološkim pregledom višjo stopnjo zaskrbljenosti in strahu kot tiste ženske, ki živijo v urbanem okolju. Ženske, ki imajo višjo izobrazbo, so manj zaskrbljene in doživljajo manj strahu pred ginekološkim pregledom kot ženske, ki imajo nižjo izobrazbo. Verjetno gre za boljšo seznanjenost s potekom ginekološkega pregleda, kar pomeni, da je prisotnih manj neznank, ki povzročajo ter stopnjujejo zaskrbljenost in strah. Naši rezultati so pokazali, da starost ženske nima vpliva na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom, medtem ko so Hilden in sod. (7) z raziskavo, opravljeno na Danskem, ugotovili, da starost vpliva na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom. Najvišjo stopnjo nelagodja so doživljale ženske med 18. in 25. letom starosti. Posebno pozornost pa je potrebno nameniti tistim ženskam ali dekletom, ki pridejo prvič na ginekološki pregled (7).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da ima kar 97,3 % anketiranih izbranega osebnega ginekologa oziroma ginekologinjo. Od tega se jih je 66,3 % odločilo za ginekologinjo in 32,2 % za ginekologa. Pri tem vprašanju so se ženske lahko določile za več odgovorov. Največ, in sicer 33,4 %, se jih je za tako izbiro odločilo, ker so jim drugi tako predlagali. Takoj za tem pa se je 15,5 % anketirank odločilo za ginekologinjo, ker imajo občutek sramu in nelagodja, če pregled izvaja ginekolog, če ga izvaja ginekologinja, pa ima občutek sramu in nelagodja le 2,1 % žensk. Dobrih 14 % pa meni, da ženska bolje razume žensko. Če naše rezultate primerjamo z rezultati raziskave, ki so jo Rizk in sod. (6) izvajali v Združenih arabskih emiratih vidimo, da se je večina žensk (439 anketiranih ali 86,4 %) prav tako odločila za ginekologinjo. Glavni razlog, za katerega se je odločilo 89,1 % anketiranih, pa je občutek sramu, če ginekološki pregled izvaja moški. Takoj za tem pa se je 74,3 % anketiranih tako odločilo zaradi verskih razlogov (6). Ugotavljamo, da se kljub modernemu stilu življenja in odprtosti v pogovorih še vedno veliko žensk raje odloča za ginekologinjo, ker jih je sram ali jim je neugodno, če ginekološki pregled izvaja ginekolog.

Vsi se zavedamo, kako pomembni sta zasebnost in diskretnost, še posebej takrat, ko gre za našo intimo. Pomembno je, da ima ginekološka ambulanta slačilnico, kjer se lahko ženska pripravi na ginekološki pregled. Med anketiranimi je 93,9 % odgovorilo, da je v njihovi ambulanti poskrbljeno za slačilnico, 4,8 % anketiranih pa je za slačilnico v ginekološki ambulanti prikrajšanih. Zasebnost je pomembna tudi takrat, ko govorimo o zdravstvenem stanju ženske oziroma o težavah, zaradi katerih je na pregled prišla. Prav je, da kot medicinske sestre poskrbimo, da se o teh temah pogovarjamo z ženskami na samem, kjer ni prisotnih drugih, saj je naša naloga, da varujemo osebne podatke o naših pacientih. Zanimalo nas je, pri kolikšnem deležu anketiranih žensk medicinska sestra upošteva zasebnost in varovanje osebnih podatkov. Rezultati so pokazali, da medicinska sestra to upošteva pri 69,3 % anketiranih, pri skoraj 30 % pa tega ne upošteva, kar je skoraj tretjina vprašanih. Odstotek je dokaj visok, zato menimo, da bi morale medicinske sestre več delati na zagotavljanju zasebnosti pacientk in na varovanju osebnih podatkov, saj je to pravica vseh pacientov. V kolikor se ženska sreča z neupoštevanjem zasebnosti, ko pride na ginekološki pregled, se srečuje z različnimi občutki. Da ima občutek, da so vsi v čakalnici usmerjeni v njo oziroma da poslušajo njun pogovor z medicinsko sestro, se strinja 29,1 %. S tem se ne obremenjuje oziroma to ne moti 27,7 % anketiranih žensk, občutek jeze in nemoči, ker ne povedo, da jih to moti, ima 13,5 % žensk, sram in občutek nelagodja ob taki situaciji pa doživlja 7,1 % anketiranih.

Kot smo zasledili skozi literaturo, je informiranje žensk med ginekološkim pregledom zelo pomembno, saj lahko s tem močno zmanjšamo napetost in nelagodje med samim ginekološkim pregledom. V sklopu naše raziskave smo ugotovili, da je 77,5 % anketiranih žensk vsakič seznanjenih s potekom ginekološkega pregleda, 21 % pa s tem ni seznanjenih. Zanimalo nas je tudi, koliko žensk, od tistih, ki so vsakič seznanjene s potekom ginekološkega pregleda, dobi informacije od medicinske sestre. Prišli smo do ugotovitev, da le 3,4 % žensk dobi informacije od medicinske sestre in kar 86,6 % od ginekologa oziroma ginekologinje. Če naše rezultate primerjamo z raziskavo, opravljeno v Angliji (15), v sklopu katere so ugotovili, da ženske dobijo 41,1 % informacij od babice, ki deluje v skupnosti, 31,5 % od babice, ki deluje v bolnišnici, in le 4,1 % od ginekologa oziroma ginekologinje, lahko vidimo, da so medicinske sestre pri nas na tem področju dokaj pasivne. To lahko tudi povežemo z rezultati vprašanja, kjer nas je zanimalo, ali medicinska

sestra opazi, da je ženska zaskrbljena, medtem ko čaka na pregled. Skoraj dve tretjini anketiranih žensk sta odgovorili, da medicinska sestra tega ne opazi in le tretjina, da medicinska sestra opazi njihovo zaskrbljenost, medtem ko čakajo na pregled. V primeru, da medicinska sestra opazi zaskrbljenost ženske, smo spraševali, na kakšen način jim takrat nudi podporo. Da medicinska sestra posluša vprašanje ali mnenje in jim svetuje, se strinja 39,3 % žensk, 28,1 % trdi, da si medicinska sestra vzame čas in se jim posveti, 21,5 % trdi, da ima medicinska sestra smisel za humor, katerega uporabi, da jih sprosti, dobrih 20 % pa se strinja s trditvijo, da jim medicinska sestra pomaga do sproščenosti z neverbalno komunikacijo. Kar 22,3 % ženskam medicinska sestra ne nudi nobene podpore, čeprav opazi, da so zaskrbljene, 21,9 % medicinskih sester pa je v komunikaciji pasivnih. Menimo, da je to dokaj visok delež in da bi se morale medicinske sestre truditi, da se ta delež zniža. Najprej pa mi morale opaziti, da so ženske zaskrbljene in prestrašene ter nato s primernim načinom vsaj omiliti tako počutje. Čeprav smo opazili, da je stopnja zaskrbljenosti in strahu pred približujočim se ginekološkim pregledom ter stopnja nelagodja med pregledom nižja pri tistih ženskah, pri katerih medicinska sestra opazi, da so zaskrbljene in jim nudi podporo, razlike niso statistično pomembne in zato ne moremo potrditi postavljene druge hipoteze.

Med drugim nas je zanimalo tudi, kolikšna je stopnja nelagodja pri ženkah med ginekološkim pregledom. Na lestvici od 1 do 10 je vsaka posameznica označila, kolikšno stopnjo nelagodja običajno doživlja med ginekološkim pregledom. Povprečje stopnje nelagodja med ginekološkim pregledom je znašalo 4,59. Največ, in sicer 17,2 %, žensk doživlja stopnjo nelagodja 3, takoj za tem sledi s 16,8 % stopnja 2 in z 11,1 % stopnja 5. S stopnjo 1 (brez nelagodja, sproščeno) se je strinjalo 10,3 % žensk, medtem ko se z močnim nelagodjem oziroma napetostjo (stopnja 10) srečuje 3,6 % anketiranih, s stopnjo 9 pa 4,0 % anketiranih žensk. Pri vprašanju, ali so pred prihajajočim ginekološkim pregledom zaskrbljene in jih je strah ter kolikšna sta zaskrbljenost in strah na lestvici od 1 do 10, pa se jih 28,2 % anketiranih strinja s stopnjo 1 (zaskrbljenost in strah nista prisotna), 9,7 % s stopnjo 5 in 4,4 % s stopnjo 10 (zaskrbljenost in strah sta močno prisotna). Povprečje je znašalo 3,56. Lahko sklepamo, da so ženske obremenjene z ginekološkim pregledom ter da jim to predstavlja stresno situacijo. Poskrbeti moramo, da so dovolj informirane in da imajo občutek, da jih obravnavamo kot osebo in ne kot številko ter da smo tam za njih. To

lahko veliko prispeva k boljšemu počutju pred in med ginekološkim pregledom. Seveda pa se moramo zavedati, da na samo doživljanje lahko vplivajo različni dejavniki. To so lahko starost, bivalno okolje, izobrazba, splavi v preteklosti, posilstva v otroštvu ali v preteklosti, nezadovoljstvo s spolnim življenjem ipd.

6 ZAKLJUČEK

Ginekološki pregled predstavlja ženskam stresno situacijo in z njim se vsaka ženska v življenju večkrat sreča. Razumeti moramo, da smo različni in da situacije ne vplivajo na vse enako, zato se moramo prilagajati in razumeti druge. Zavedanje slednjega je še toliko bolj pomembno pri medicinskih sestrah v odnosu do pacientov. Ko omenimo ginekološki pregled, se veliko žensk spomni na strah, nelagodje in skrb, če so zadostno in ustrezno urejene. Naloga medicinskih sester je, da ženskam razložijo sam potek ginekološkega pregleda ter da na postavljena vprašanja nudijo strokovne in točne ter razumljive odgovore. Informiranje pacientov je pomembno dejanje, saj s tem zmanjšamo število neznank in okrepimo zaupanje v samo dogajanje in tudi v naše delo.

Ženske z višjo izobrazbo doživljajo ginekološki pregled manj stresno kot ženske z nižjo izobrazbo. Bolj izobražene ženske si zagotovijo večjo količino informacij, kar pomeni, da je prisotnih manj neznank in tako tudi lažje sledijo samemu ginekološkemu pregledu in lažje razumejo informacije, ki jim jih posreduje ginekolog ali medicinska sestra. Lažje postavijo vprašanja in nadgrajujejo znanje o svojem reproduktivnem zdravju. Ženske, ki imajo nižjo izobrazbo, se bodo zadovoljile z manjšo količino informacij, ker je potreba po le-teh manjša. To povzroča, da so ženske prestrašene, negotove v dogajanje, nezaupljive in težje je vzpostaviti profesionalen in odprt odnos ter komunikacijo. Podobno je v primeru, ko ženska živi na podeželju. Običajno na podeželju ni tolikšnega vpliva medijev in ljudje so bolj zaprti vase ter niso toliko seznanjeni z novostmi. Ker se verjetno manj pogovarjajo o samem ginekološkem pregledu in o reproduktivnem zdravju oziroma jim obseg dela na podeželju tega ne dovoljuje v tolikšni meri kot npr. v urbanem okolju ali pa je populacija starejša in bolj zaprta vase, je to lahko na podeželju še vedno tabu tema. Rezultati so pokazali, da ginekološki pregled vzbuja več strahu in zaskrbljenosti pred ginekološkim pregledom pri ženskah, ki živijo na podeželju kot pri ženskah, ki živijo v urbanem okolju. Medicinske sestre smo tiste, ki lahko ženskam pomagamo tako, da jim damo možnost, da postavijo vprašanja, jih pri tem spodbujamo in jim čim bolj enostavno razložimo. Spodbujati jih moramo k preventivnim ginekološkim pregledom in tudi k samopregledovanju dojk. Večje zanimanje o reproduktivnem zdravju in boljše seznanjenost z ginekološkim pregledom bi morda lahko dosegli tako, da v sklopu

patronažne službe, ki je največ v stiku z ljudmi s podeželja, organiziramo razna srečanja in sestanke (npr. enkrat mesečno), na katerim bi jim predstavili vse, kar zajema reproduktivno zdravje žensk (anatomija in fiziologija ženskih reproduktivnih organov, zaščita pred neželjeno nosečnostjo, zaščita pred spolno prenosljivimi boleznimi, predstavitev pomembnosti rednih ginekoloških pregledov ter njihov potek, pomembnost samopregledovanja dojk ipd.). Aktivirali bi jih tako, da bi se sami pozanimali o temah, ki jih zanimajo in bi se na naslednjem srečanju o njih v skupini pogovorili in odgovorili na vprašanja.

Življenjski slog je danes hiter in napet, zato pozabljamo na osnovna dejanja in malenkosti, ki bi lahko izboljšale medosebno interakcijo med nami, medicinskimi sestrami in pacienti. Že nasmeh na obrazu ob pozdravu ali sprejemu pacienta v ambulantno lahko veliko naredi na sam razvoj prihajajočih dogodkov. Že z nasmehom lahko nekomu pomagamo, da se sprosti, da se umiri ali da se odpre v komunikaciji. Čeprav je v zdravstvu danes uvedeno veliko novosti in modernizacije na vseh področjih ter smo medicinske sestre toliko bolj obremenjene, se moramo zavedati, da je osnovna naloga medicinske sestre skrb za sočloveka. Najprej moramo poskrbeti, da se čustveno krepimo in ne samo praznimo, da bomo lahko do pacientov empatične in skrbne. Zavedati se moramo, da je iskrena in pristna komunikacija (ne glede na vrsto) tista, ki olajša delo z ljudmi in krepi medosebne odnose, kar se velikokrat odraža na našem profesionalnem področju.

7 LITERATURA

1. Sandelowski M. This most dangerous instrument: Propriety, power, and the vaginal spekulum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 29(1): 73–82.
2. Wendt E, Fridlund B, Lidell E. Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(12): 1208–15.
3. Drife J, Magowan BA. Clinical obstetrics and gynaecology: History and examination. London: Saunders Elsevier, 2004: 87–96.
4. Maxwell DJ. Surgical techniques in obstetrics and gynaecology: High-risk areas in gynaecology. London: Churchill Livingstone, 2004: 2–7.
5. Breznik R, Borko E. Ginekološki pregled. V: Borko E, Gorišek B, Kralj B, Takač I, ur. Ginekologija. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1998: 17–26.
Kodrič T. Otroška ginekologija. V: Borko E, Gorišek B, Kralj B, Takač I, ur. Ginekologija. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1998: 227–9.
6. Westhoff CL, Jones HE, Guiahi M. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete?. *J Womens Health* 2011; 20(1): 5–10.
7. Quinn YE, Szmania Davis M. Women's Health: A primary care clinical guide. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education, 2004: 49–52.
8. Becker H, Stuifbergen A, Tinkle M. Reproductive health care experiences of women with physical disabilities: A qualitative study. *Arch Med Rehabil* 1997; 78(12): 26–33.
9. Sudduth A, Linton D. Gynecologic care of women with disabilities: Implications for nurses. *Nurs Womens Health* 2011; 15(2): 138–47.
10. Seymore C, DuRant RH, Jay MS, Freeman D, Gomez L, Sharp C, Linder CW. Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. *J Pediatr* 1986; 108(2): 312–7.
11. Millstein SG, Adler NE, Irwin CE Jr. Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females. *J Adolesc Health Care* 1984; 5(2): 105–11.

12. Moriarty DA, Cromwell PF. How to perform a pelvic exam for the sexually active adolescent. *Nurse Pract* 2002; 27(9): 28–43.
13. Grundstrom H, Wallin K, Bertero. "You expose yourself in so many ways": young women's experiences of pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32(2): 59–64.
14. Hilden M, Sidenius J, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experience of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(11): 1030–6.
15. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. The first pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28(1): 7–12.
16. Shobin D (2007). The role of the gynecologic exam in the care of women with intellectual disabilities.
http://aadmd.org/sites/default/files/Gynecologic_Exam_Role1.pdf <25. 6. 2013>.
17. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract* 1997; 14(2): 148–52.
18. Rizk EED, El-Zubeir MA, Al-Dhaheri, Al-Mansouri FR, Al-Jenaibi HS. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1): 48–53.
19. Bolton SC. Women's Work, Dirty Work: The gynaecology nurse as "other". *Gend Work Organ* 2005; 12(2): 169–86.
20. Pirš K. Odgovornost in inovativnost – vrednoti kakovosti v zdravstveni in babiški negi. V: Takač I, 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, 2008; 557–68.
21. Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdrav Vestn* 2007; 76: 55–9.
22. Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G. Informing women during vaginal examinations. *Br J Midwifery* 2005; 13(1): 26–9.
23. Bolton SC. Who cares? Offering emotion work as a "gift" in the nursing labour process. *J Adv Nurs* 2000; 32(3): 580–6.
24. McQueen A. Gynaecological nursing. *J Adv Nurs* 1997; 25(4): 767–74.

25. Huynh T, Alderson M, Thompson M. Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2008; 64(2): 195–208.
26. Mead N, Bower P, Gask L. Emotional problems in primary care: what is the potential for increasing the role of nurses?. *J Adv Nurs* 1997; 26(5): 879–90.
27. Henderson A. Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nurs Inq* 2001; 8(2): 130–8.
28. Brooks F, Phillips D. Do women want women health workers? Women's views of the primary health care service. *J Adv Nurs* 1996; 23(6): 1207–11.
29. McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs* 2004; 47(1): 101–8.
30. Bartram T, Casimir G, Djurkovic N, Leggat SG, Stanton P. Do perceived high performance work system influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A study of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2012; 68(7): 1567–78.
31. Sagadin J. Statistične metode za pedagoge. Maribor: Obzorja, 2003: 52-285
32. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louise: Saunders Elsevier, 2009: 519–29.
33. Panon Trade d.o.o.
<http://www.panon-trade.hr/images/rql-golem.jpg> <15. 10. 2013>.
34. Fine Image Co. Ltd.
<http://www.m-e-dical.com/english/vs.htm> <15. 10. 2013>.

ZAHVALA

Za strokovno pomoč, usmerjanje in spodbudo se iskreno zahvaljujem mentorju mag. Mirku Prosenu, viš. pred.

Diplomsko nalogo posvečam tebi, mama. Hvaležna sem ti za vso podporo in spodbudo tekom študija ter za to, da nisi niti za trenutek podvomila vame. Hvala očetu in bratoma, da so verjeli vame. Zahvaljujem se Mladenu za moralno podporo, spodbudo in polepšane dneve med študijem.

Hvala tudi vsem, ki so mi na kakršen koli način olajšali in polepšali moja študentska leta. Ne smem pozabiti na vse paciente, ki sem jih srečala med svojim izobraževanjem. Ti so dovolili, da vstopim v njihov svet, da nadgrajujem svoje praktično in teoretično znanje ter da gradim sebe kot zdravstvenega delavca in kot človeka z njihovo pomočjo. Hvala!

PRILOGE

ANKETNI VPRAŠALNIK O DOŽIVLJANJU ŽENSKE OB GINEKOLOŠKEM PREGLEDU

Sem Dušanka Zaić, študentka Fakultete za vede o zdravju Izola, smer Zdravstvena nega. Pred vami je anonimni anketni vprašalnik, sestavljen iz 17 vprašanj. Vprašalnik se nanaša na to, kako ženske doživljamo ginekološki pregled. Tema pri nas še ni raziskana, ker pa je za ženske zelo pomembna, jo želim podrobneje raziskati, pri čemer mi bodo vaši odgovori v veliko pomoč. Cilj diplomske naloge je torej raziskati, kako ženske doživljamo ginekološki pregled in ugotoviti vlogo medicinske sestre pri zmanjšanju strahu in nelagodja pred in med ginekološkim pregledom.

V kolikor bi želeli, da vam ob zaključku raziskave posredujem rezultate, me lahko kontaktirate na e-mail naslov: **dusanka.anketa@gmail.com**.

Prosim, da na vprašanja odgovarjate iskreno. Pozorno preberite vprašanje in označite trditev, ki velja za vas. Pri vprašanjih (izjemoma pri tistih, kjer je dopisano, da je možnih več odgovorov) označite le en odgovor.

I. DEMOGRAFSKI PODATKI

1. **Vaša starost:** _____ let

2. **Bivalno okolje:**

- a) Urbano
- b) Podeželje

3. **Socialni status:**

- a) Zaposlena
- b) Brezposelna

- c) Študentka
- d) Dijakinja
- e) Drugo: _____

4. Stopnja izobrazbe:

- a) Osnovnošolska
- b) Srednješolska
- c) Višješolska
- d) Visokošolska
- e) Univerzitetna
- f) Magisterij
- g) Doktorat
- h) Drugo: _____

II. GINEKOLOŠKI PREGLED

1. Kdaj ste bili nazadnje na ginekološkem pregledu?

- a) V zadnjih šestih mesecih.
- b) V zadnjem letu.
- c) V zadnjih 2 letih.
- d) Več kot 2 leti.
- e) Drugo: _____

2. Ali imate izbranega osebnega ginekologa/ginekologinjo (samo enega, h kateremu hodite)?

- a) Da
- b) Ne

- Če ste odgovorili z Da, katerega spola je?

- a) Ženska
- b) Moški

3. Vaša odločitev za izbranega ginekologa/ginekologinjo je temeljila na (označite lahko več možnosti):

- a) Verski in kulturni razlogi.
- b) Občutek sramu in nelagodja ob ginekološkem pregledu, če ga izvaja ginekologinja.
- c) Občutek sramu in nelagodja ob ginekološkem pregledu, če ga izvaja ginekolog.
- d) Ženska bolje razume žensko.
- e) Ginekologinja je bolj sočutna, boljša poslušalka.
- f) Ginekolog je bolj sočuten, boljši poslušalec.
- g) Ginekologinja ima več znanja.
- h) Ginekolog ima več znanja.
- i) Ker so mi drugi tako predlagali.
- j) Drugo: _____

4. Ali je v ginekološki ambulanti, ki jo obiskujete, poskrbljeno za slačilnico?

- a) Da
- b) Ne

5. Ali vas motijo hladni preiskovalni inštrumenti?

- a) Da
- b) Ne

6. Ali vaš ginekolog/ginekologinja ob pojavu bolečine med ginekološkim pregledom preneha s preiskavo?

- a) Da
- b) Ne
- c) Drugo: _____

7. Ali ste vsakič seznanjeni s potekom samega ginekološkega pregleda?

- a) Da
- b) Ne


• **Od koga dobite informacije o poteku ginekološkega pregleda?**

- a) Od medicinske sestre.
- b) Od ginekologa/ginekologinje.
- c) Od drugih žensk v čakalnici.
- d) Drugo: _____

8. Na lestvici od 1–10, kjer 1 pomeni brez nelagodja, sproščeno, in 10 močno nelagodje, napetost, označite, koliko je močan občutek nelagodja med ginekološkim pregledom.


1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Brez nelagodja



Močno nelagodje

9. Na lestvici od 1–10, kjer 1 pomeni, da zaskrbljenost in strah nista prisotna in 10, da sta zaskrbljenost in strah močno prisotna, označite, koliko močno ju doživljate pred približujočim se ginekološkim pregledom.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brez zaskrbljenosti in strahu										Zaskrbljenost in strah sta močno prisotna
<p>Ali med vami in vašim izbranim ginekologom/ginekologinjo vlada zaupanje in kako ga vzdržujete (označite lahko več odgovorov)?</p>										

- V pogovoru o mojem reproduktivnem zdravju je iskren/a.
- Imam možnost za odprto komunikacijo, lahko postavim vprašanja in izrazim mnenje.
- Dobim zadovoljive odgovore na vprašanja, ki jih postavim, kar me pomiri.
- Je zelo razumevajoč/a, dovzeten/a do mojih potreb in želja.
- Ko govorim, me posluša in gleda v oči.
- Za razlago mojega zdravstvenega stanja uporablja preproste izraze, da lahko vse razumem.
- Ne čutim, da je prisotno zaupanje.

11. Ali medicinska sestra upošteva zasebnost in varovanje osebnih podatkov (sprašuje vas po vzroku obiska v čakalnici, svetuje o težavah v čakalnici ipd.)?

- Da
- Ne

• Če ste odgovorili z Ne, kako se takrat počutite?

- To me ne moti oziroma se s tem ne obremenjujem.
- Me je sram, počutim se neugodno.
- Imam občutek, da so vsi v čakalnici usmerjeni vame oziroma poslušajo najin pogovor.
- Imam občutek jeze in nemoči, ker ne povem, da me to moti.
- Drugo: _____

12. Ali medicinska sestra sama opazi, da ste zaskrbljeni in vas vpraša o vašem počutju, medtem ko čakate?

- a) Da
- b) Ne

13. Ali vam medicinska sestra nudi zadostno podporo tako, da zmanjša vaš strah pred ginekološkim pregledom in na kakšen način (označite lahko več odgovorov)?

- a) Medicinska sestra mi ne nudi nobene podpore.
- b) Medicinska sestra je v komunikaciji pasivna.
- c) Medicinska sestra se odzove s poslušanjem mojega vprašanja ali mnenja in mi svetuje.
- d) Medicinska sestra si vzame čas in se mi posveti.
- e) Medicinska sestra mi z neverbalno komunikacijo pomaga, da se počutim bolj sproščeno.
- f) Medicinska sestra ima smisel za humor, katerega uporabi, da me sprosti.
- g) Drugo: _____

III. Vaše pripombe, mnenja ali občutki, ki jih doživljate pred, med ali po ginekološkem pregledu, pa jih z vprašalnikom nismo zajeli: